



## *Klinische praktijkrichtlijn*

# Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen

Februari 2021

### **Copyright**

Het KIMO is een geregistreerde handelsnaam en een geregistreerd beeldmerk van Vereniging Kennisinstituut Mondzorg. Vereniging Kennisinstituut Mondzorg is houder van de auteurs- en databankrechten op alle onderdelen van deze site, zoals teksten, illustraties, lay-out, data en techniek. Zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Vereniging Kennisinstituut Mondzorg is verveelvoudigen, openbaar maken, opvragen en/of hergebruiken, anders dan voor eigen gebruik overeenkomstig de gebruiksvoorwaarden van Vereniging Kennisinstituut Mondzorg, niet toegestaan.

© Vereniging Kennisinstituut Mondzorg, februari 2021

Kennisinstituut Mondzorg

Papendorpseweg 99

3528 BJ Utrecht

Telefoon 030 7670967

[info@hetkimo.nl](mailto:info@hetkimo.nl)

[www.hetkimo.nl](http://www.hetkimo.nl)

## INHOUD

<b>Overzicht van de aanbevelingen per uitgangsvraag.....</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding.....</b>	<b>9</b>
Voor wie is de richtlijn bedoeld?.....	9
Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?.....	9
Aanleiding voor het maken van de richtlijn .....	9
Toelichting op het onderwerp van de richtlijn .....	9
Definities en begrippen .....	10
Afkortingenlijst .....	12
<b>Verantwoording .....</b>	<b>13</b>
Geldigheid.....	13
Doel .....	13
Doelgroep .....	14
Initiatief .....	14
Financiering.....	14
Samenstelling van de Richtlijn Ontwikkel Commissie (ROC).....	14
Belangenverklaring.....	15
Methode ontwikkeling .....	15
Werkwijze .....	15
Patiëntenperspectief .....	22
Juridische betekenis van richtlijnen .....	22
<b>Uitgangsvraag 1.....</b>	<b>23</b>
Aanbevelingen .....	23
Overwegingen.....	23
Onderbouwing .....	24
Conclusies .....	26
<b>Uitgangsvraag 2.....</b>	<b>27</b>
Aanbevelingen .....	27
Overwegingen.....	27
Onderbouwing .....	28
Conclusies .....	28
<b>Uitgangsvraag 3a .....</b>	<b>29</b>
Aanbevelingen .....	29
Overwegingen.....	29
Onderbouwing .....	31
Conclusies .....	31
<b>Uitgangsvraag 3b .....</b>	<b>32</b>

Aanbevelingen .....	32
Overwegingen.....	32
Onderbouwing .....	33
Conclusies .....	33
<b>Uitgangsvraag 3c .....</b>	<b>34</b>
Aanbevelingen .....	34
Overwegingen.....	34
Onderbouwing .....	36
Conclusies .....	36
<b>Uitgangsvraag 4a .....</b>	<b>37</b>
Aanbevelingen .....	37
Overwegingen.....	37
Onderbouwing .....	38
Conclusies .....	39
<b>Uitgangsvraag 4b .....</b>	<b>40</b>
Aanbevelingen .....	40
Overwegingen.....	40
Onderbouwing .....	42
Conclusies .....	42
<b>Uitgangsvraag 5.....</b>	<b>43</b>
Aanbevelingen .....	43
Overwegingen.....	43
Onderbouwing .....	44
Conclusies .....	44
<b>Bijlage 1. Literatuursearch .....</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage 2. Tabellen met studiekarakteristieken .....</b>	<b>48</b>
<b>Bijlage 3. GRADE Evidence profielen.....</b>	<b>52</b>
<b>Bijlage 4. Voorbeeld van werkinstructie handheld röntgentoestel .....</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage 5. Nadere toelichting op wils(on)bekwaamheid en (on)coöperatief gedrag ...</b>	<b>55</b>
<b>Bijlage 6. Patiënteninformatie .....</b>	<b>61</b>
<b>Bijlage 7. Implementatie in de praktijk .....</b>	<b>64</b>
<b>Bijlage 7. Samenvatting commentaarronde.....</b>	<b>67</b>
<b>Bijlage 8. Informatieparagraaf .....</b>	<b>70</b>
<b>Bijlage 9. Referenties.....</b>	<b>75</b>

## Overzicht van de aanbevelingen per uitgangsvraag

### Uitgangsvraag 1. Hoe wordt de indicatie gesteld voor mondzorg aan huis bij aan huis gebonden kwetsbare ouderen?

---

#### Aanbevelingen

- Ga na waarom een bezoek aan een mondzorgpraktijk niet mogelijk is en/of georganiseerd kan worden. Maak hiervoor gebruik van de vraag 'Wat is de hoofdreden dat mondzorg aan huis nodig is?'
- Een indicatie voor mondzorg aan huis kan gesteld worden indien:
  - de kwetsbare oudere fysiek niet in staat is om, al dan niet met hulp, de mondzorgpraktijk te bezoeken en er geen verbetering wordt verwacht in de fysieke gesteldheid waardoor het bezoek op een later moment wel zou kunnen.
  - de kwetsbare oudere als gevolg van een psychische of psychogeriatrische aandoening de mondzorgpraktijk niet (meer) kan bezoeken.
- Ga na of de woning van de patiënt bereikbaar is (zie uitgangsvraag 2) en of het veilig is om de patiënt te bezoeken (zie uitgangsvraag 3a).

---

### Uitgangsvraag 2. Onder welke voorwaarden kan men overgaan tot het verlenen van mondzorg aan huis?

---

#### Aanbevelingen

- De patiënt verblijft in een woning die goed bereikbaar is. Dit betekent:
    - De benodigde tandheelkundige uitrusting kan vanaf de auto naar en in de woning meegenomen worden met weinig fysieke belasting voor de mondzorgverlener;
    - De woning kan geopend worden voor of door de mondzorgverlener.
  - De woning van de patiënt is begaanbaar en er is voldoende fysieke ruimte naast een patiënt om de tandheelkundige uitrusting op te stellen, aan te sluiten en te gebruiken.
  - Op de beoogde behandelplek in de woning van de patiënt is voldoende licht of de mogelijkheid om licht te creëren.
  - Op de beoogde behandelplek is indien noodzakelijk toegang tot stromend kraanwater en elektriciteit (met een veilig en bij voorkeur geaard stopcontact).
  - Een mondzorgverlener moet in een acceptabele houding kunnen werken. Dit betekent:
    - De patiënt bevindt zich in een positie waarbij een zo ergonomisch mogelijke werkhouding kan worden aangenomen om de beoogde behandeling te kunnen uitvoeren.
    - Er is voldoende (schone en lege) ruimte om tandheelkundige materialen en instrumentarium neer te leggen.
  - Er dient in geval van wilsonbekwaamheid van de patiënt (ten aanzien van mondzorg), een wettelijk vertegenwoordiger (familielid/mantelzorger) aanwezig of bereikbaar te zijn om te kunnen overleggen en besluiten te kunnen nemen.
  - Er dienen contactgegevens beschikbaar te zijn van huisarts, apotheek en eventuele andere zorgverleners. Er is een actueel medicatieoverzicht aanwezig. Het medicatieoverzicht is via de apotheek op te vragen door de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger.
-

---

**Uitgangsvraag 3a. Hoe kan de fysieke veiligheid van de mondzorgverlener worden gewaarborgd wanneer deze een kwetsbare oudere aan huis behandelt?**

---

**Aanbevelingen**

- Ga bij voorkeur met twee personen op huisbezoek.
- Overweeg een training te volgen over het omgaan met dementie, agressie of afwerend gedrag.
- Beoordeel aan de hand van onderstaande punten (niet limitatief) of mondzorg aan huis veilig kan worden verleend. Wanneer mondzorg niet veilig verleend kan worden op basis van onderstaande punten, kan overwogen worden om de mondzorg aan huis uit te stellen dan wel af te stellen:

Patiëntfactoren

- De geestelijke conditie van de betreffende patiënt. Denk aan: psychische gezondheid, mogelijkheid/noodzaak tot overleg met arts voor maatregelen om coöperatie te bevorderen, (mogelijk gebrek aan) coöperatie bij behandeling (zie uitgangsvraag 4b).

Omgevingsfactoren

- De invloed van eventueel andere (al dan niet noodzakelijke) aanwezigen.
- Aanwezigheid van personen bij wie sprake is van een ernstige besmettelijke ziekte(s) die overdraagbaar zijn bij aanraken en hoesten (denk hierbij aan bijvoorbeeld, open tbc, bof, rodehond, mazelen, COVID-19 etc.). Besmettelijke ziekten die alleen met bloed-bloed contact of via seksueel contact overdraagbaar zijn, zoals hepatitis B en hiv vallen daar niet onder.
- Aanwezigheid van personen en/of huisdieren die verstoring gedrag vertonen waardoor de mondzorg verhinderd wordt en die niet voor de duur van het bezoek elders kunnen worden ondergebracht (denk hierbij aan agressieve huisdieren, huisgenoten onder invloed van alcohol of drugs et cetera).
- Onbegaanbare of zeer ernstig vervuilde woning waar het niet mogelijk is om een (hygienisch en ruimtelijk) veilige werkplek te creëren (zie ook uitgangsvraag 2)
- Neem contact op met andere zorgverleners indien er twijfel bestaat ten aanzien van bovengenoemde patiënt- of omgevingsfactoren (zie uitgangsvraag 4a).

---

**Uitgangsvraag 3b. Op welke wijze kunnen infectiepreventiemaatregelen genomen worden in het kader van de behandeling van aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

---

**Aanbevelingen**

Volg de KNMT-richtlijn Infectiepreventie in mondzorgpraktijken [www.knmt.nl/sites/default/files/richtlijn\\_infectiepreventie\\_authorizedfase\\_23.pdf](http://www.knmt.nl/sites/default/files/richtlijn_infectiepreventie_authorizedfase_23.pdf) en geldende aanvullende adviezen (bijvoorbeeld de Leidraad Mondzorg Corona, 2020).

Aanvullende aanbevelingen voor mondzorg aan huis:

- Gebruik een schone dichte tray of spreid een patiëntenservet uit over een hard oppervlak. Houd hierbij rekening met het mogelijk lekken van vloeistof of prikken van het instrumentarium.
- Beperk spatvorming. Dek bij spatvorming de patiënt af, bijvoorbeeld met een wegwerpschort of een handdoek.
- Gebruik water dat voldoet aan de microbiologische normen.
- Voer afval (disposables) af in een gesloten stevige zak via het huishoudelijk afval.

- Verzamel de tray, behandelmaterialen en instrumenten in afsluitbare transportbakken.
  - Denk hierbij aan gecontamineerd instrumentarium, afdrukken en gebruikte naalden.
- Draag werkkleding tijdens het bezoek en verpak deze adequaat voor en na gebruik, ook tijdens reizen.
- Transporteer zodanig dat contaminatie van de omgeving uitgesloten is en verwerk op de reguliere wijze in de mondzorgpraktijk.

---

**Uitgangsvraag 3c. Onder welke voorwaarden kan röntgenologisch onderzoek in de thuissituatie worden uitgevoerd?**

---

**Aanbevelingen**

- Ga na of er ook eerder gemaakte röntgenfoto's beschikbaar zijn en of aanvullend röntgenologisch onderzoek nodig is.
- Maak geen röntgenfoto als de daaruit voortvloeiende informatie niet kan leiden tot een realistische behandeloptie.
- Gebruik mobiele röntgenapparatuur alleen met een vergunning die kan worden verkregen via de Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming (ANVS).
  - Alleen BIG-geregistreerde behandelaars met stralingscertificaat die door de ondernemer zijn aangewezen als Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming in de tandheelkunde mogen een mobiel röntgentoestel hanteren.
- Gebruik handheld röntgenapparatuur wanneer de patiënt voldoende mobiel is zodat juiste positionering van de handheld röntgenapparatuur mogelijk is.
- Zorg voor veilig opslag en transport om beschadiging van de röntgenapparatuur te voorkomen. Gebruik hierbij een protocol en beschrijf in het protocol hoe wordt verhinderd dat onbevoegden toegang kunnen krijgen tot de apparatuur.
- Gebruik alleen mobiele röntgenapparatuur met het CE-keurmerk.

---

**Uitgangsvraag 4a. Wat is de rol van mondzorgverleners ten opzichte van andere zorgverleners bij de (tandheelkundige) behandeling van aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

---

**Aanbevelingen**

- De mondzorgverlener heeft een centrale aansturende rol ten opzichte van andere zorgverleners voor de uitvoering van het mondzorgplan.
- Beoordeel voor welke doelen in het mondzorgplan andere zorgverleners betrokken moeten worden. En benoem dit in het mondzorgplan.
  - Werk bij voorkeur samen met zorgverleners die reeds betrokken zijn bij de patiënt.
  - Neem initiatief om een benodigd specialisme bij de zorg te betrekken indien nodig.
- Bespreek het mondzorgplan met de betrokken zorgverleners die in het mondzorgplan genoemd zijn (zie uitgangsvraag 5).
- Deel met goedkeuring van de patiënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, het mondzorgplan met de behandelend (huis)arts of andere relevante zorgverlener(s).
- Neem bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt betreffende de uitvoering van het mondzorgplan contact op met de behandelend (huis)arts (zie uitgangsvraag 4b).

---

**Uitgangsvraag 4b. Onder welke voorwaarden kan mondzorg worden verleend aan oncoöperatieve en/of wilsonbekwame kwetsbare ouderen?**

---

## Aanbevelingen

- Het uitgangspunt is dat volwassen patiënten wilsbekwaam zijn, tenzij een ter zake deskundig arts heeft vastgesteld dat de patiënt voor een bepaalde beslissing wilsonbekwaam is.
- Stem het mondzorgplan af met de patiënt en leg de afspraken vast in het zorgdossier.
- Stem het mondzorgplan voor een wilsonbekwame niet alleen met de patiënt af, maar daarnaast ook met de wettelijke vertegenwoordiger en leg de afspraken vast in het zorgdossier.
- Indien een patiënt oncoöperatief gedrag vertoont tijdens een mondonderzoek of behandeling, dient de mondzorg te allen tijde gestaakt te worden.
  - Bespreek met de patiënt (ook bij wilsonbekwame patiënten) waar de weerstand vandaan komt en overleg of en hoe de mondzorg vervolgd wordt.
  - De keuze van de patiënt wordt altijd gerespecteerd, indien de patiënt wilsbekwaam is.
- Mondzorg voor een wilsonbekwame oncoöperatieve patiënt is alleen mogelijk wanneer aan één van de volgende voorwaarden wordt voldaan:
  - Er is sprake van een ernstig nadeel wanneer de mondzorg niet wordt verleend.
    - Volg het stappenplan van de Wet zorg en dwang (Wzd). Wilsonbekwaamheid op basis van psychiatrische aandoeningen vallen in de Wvvgz (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg).
    - Kies voor de minst ingrijpende optie.
  - Er is met de wettelijk vertegenwoordiger en andere betrokken zorgverleners besproken of en hoe het mondzorgplan vervolg moet krijgen en toestemming verkregen om het (aangepaste) mondzorgplan te vervolgen.
    - Hou hierbij de Wet zorg en dwang aan en leg de gemaakte afspraken vast in het mondzorgplan.
    - Kies voor de minst ingrijpende optie.

---

## Uitgangsvraag 5. Hoe kan continuïteit van zorg bevorderd worden bij aan huis gebonden kwetsbare ouderen?

---

### Aanbevelingen

- Zorg voor een actueel mondzorgplan en pas deze cyclisch aan op basis van de cognitieve, fysieke en sociale omstandigheden van de patiënt.
  - Wanneer de patiënt niet in staat is om zijn/haar mond zelfstandig dagelijks te reinigen, wegens fysieke of cognitieve beperkingen, zal hulp ingeschakeld moeten worden.
- Bepaal de recall termijn op basis van het mondzorgplan (verlies een patiënt niet uit het oog).
- Beoordeel voor welke doelen in het mondzorgplan andere zorgverleners betrokken moeten worden en benoem dit in het mondzorgplan (zie uitgangsvraag 4a voor informatie over samenwerking met andere zorgverleners).
- Deel met goedkeuring van de patiënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, het mondzorgplan met betrokken mantelzorger(s) en/of zorgverlener(s).



## Inleiding

In deze klinische praktijkrichtlijn (KPR) komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Indicatie voor mondzorg aan huis voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen.
- Voorwaarden om aan huis gebonden kwetsbare ouderen thuis te kunnen behandelen.
- Fysieke veiligheid van de mondzorgverlener bij mondzorg aan huis.
- Infectiepreventiemaatregelen voor mondzorg aan huis.
- Voorwaarden voor röntgenologisch onderzoek bij mondzorg aan huis.
- Rol van de mondzorgverlener t.o.v. andere zorgverleners bij mondzorg aan huis.
- Wilsonbekwaamheid van aan huis gebonden kwetsbare ouderen.
- Continuïteit van mondzorg bij aan huis gebonden kwetsbare ouderen.

### Voor wie is de richtlijn bedoeld?

De KPR is bedoeld voor tandartsen, tandartsspecialisten, mondhygiënisten en tandprotheticen ter ondersteuning van de klinische besluitvorming over de indicatie mondzorg aan huis en behandeling van kwetsbare ouderen aan huis. Andere zorgverleners in de mondzorgpraktijk of die anderszinds betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen kunnen hun voordeel doen met deze richtlijn, zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen thuiszorg.

### Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

Zie: werkwijze.

### Aanleiding voor het maken van de richtlijn

Het aantal aan huis gebonden kwetsbare ouderen in Nederland neemt al jaren toe. Onder mondzorgverleners bestaat veel onduidelijkheid over welke ouderen in aanmerking komen voor mondzorg aan huis en hoe mondzorg uitgevoerd kan worden met betrekking tot veiligheid, hygiëne, wilsbekwaamheid en de communicatie met andere zorgverleners rondom de aan huis gebonden ouderen. Ervaring leert dat mondzorg aan huis vraagt om veel aanpassingen in het vaste handelen van de mondzorgverlener die veelal niet gewend is om buiten de praktijk mondzorg te verlenen.

Daarom werd op 23 november 2017 een Invitational Conference georganiseerd met als doel om een aantal onderwerpen voor richtlijnen op het gebied van mondzorg aan kwetsbare ouderen te benoemen. Een van de onderwerpen werd mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen. In een later stadium werden de knelpunten voor deze richtlijn geformuleerd.

De resultaten van die bijeenkomst zijn besproken in de Richtlijn Advies Commissie (RAC) van het KIMO, die vervolgens besloot tot het instellen van een Richtlijn Ontwikkel Commissie (ROC). In september 2019 heeft de ROC de werkopdracht van de RAC ontvangen en is aan de slag gegaan.

### Toelichting op het onderwerp van de richtlijn

Waar mensen vroeger een lagere levensverwachting hadden en bovendien vaak op jongere leeftijd tandeloos werden, worden mensen tegenwoordig ouder en behouden zij door de sterk verbeterde mondzorg, steeds vaker hun natuurlijke gebit. Met het ouder worden is de kans groot dat fysieke en/of psychosociale problemen toenemen. Ouderen kunnen daardoor zorgafhankelijk worden. De manuele vaardigheden en mobiliteit nemen bij hen vaak af, waardoor dagelijkse mondverzorging en een bezoek aan een mondzorgverlener problematisch kunnen worden (NVGd, 2018). Wanneer er sprake is van lichamelijke, psychische en/of sociale beperkingen in het functioneren van een oudere, is er een verhoogde kans op negatieve (mond)gezondheidsuitkomsten. We spreken dan van een kwetsbare oudere.

Kwetsbaarheid kan ertoe leiden dat mensen aan huis gebonden raken. Het bezoek aan een mondzorgpraktijk is die gevallen niet meer vanzelfsprekend. Veel aan huis gebonden kwetsbare ouderen krijgen dan geen mondzorg meer, hetgeen niet wenselijk is (Chalmers, 2008). Een enkele keer wordt er bij klachten van de mond door de patiënt een beroep gedaan op de mondzorgverlener om zorg aan huis te bieden. Voor mondzorg geldt, dat de beste zorg in de praktijk verleend wordt. Wanneer het mogelijk is voor de kwetsbare oudere om al dan niet met ondersteuning van een mantelzorger of andere zorgverlener de mondzorgpraktijk te bezoeken, heeft dat de voorkeur. In de mondzorgpraktijk zijn de omstandigheden immers optimaal om goede mondzorg te verlenen. Maar wanneer de gang naar de praktijk echt niet meer mogelijk is moet overwogen worden om zorg aan huis te verlenen.

Deze klinische praktijkrichtlijn (KPR) is opgesteld om mondzorgverleners daarbij te helpen. Deze is dus bedoeld ter ondersteuning van het verlenen van mondzorg aan kwetsbare ouderen die aan huis gebonden zijn. In deze KPR wordt verwezen naar aan huis gebonden kwetsbare ouderen, waar andere richtlijnen spreken van zorgafhankelijke of kwetsbare ouderen.

De klinische praktijkrichtlijn gaat niet in op de inhoud van de zorg die verleend kan worden aan de aan huis gebonden kwetsbare ouderen, maar wel over de organisatie van zorg. Beoogd wordt dat de mondzorgverlener die zorg aan huis levert zich wel committeert aan de klinische praktijkrichtlijnen zoals deze ook voor de praktijk geformuleerd zijn. Te denken valt hierbij aan de KPR Antitrombotica, Polyfarmacie, Wortelcariës bij ouderen, de Leidraad Mondzorg Corona et cetera. Deze geven zorginhoudelijke aanbevelingen over onderwerpen waar men ook binnen de zorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen regelmatig mee te maken kan krijgen.

## Definities en begrippen

- Aan huis gebonden betekent dat een persoon als gevolg van fysieke en/of psychosociale problemen zijn of haar huis niet kan verlaten, ook niet met hulp van anderen.
- De Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming (ANVS) ziet erop toe dat de nucleaire veiligheid en stralingsbescherming in Nederland voldoen aan de hoogste eisen. De ANVS stelt daarvoor regels op, verleent vergunningen, ziet toe op de naleving daarvan en kan handhavend optreden.
- Body of evidence is het totaal aan wetenschappelijk bewijsmateriaal dat voorhanden is om een uitgangsvraag per uitkomstmaat te beantwoorden.
- Cohortonderzoek is een onderzoeksmethode waarin de onderzoekers bij een groep personen door herhaalde meting kijken naar de invloed van factoren op een uitkomst na een bepaalde follow-up-periode, het karakter van de dataverzameling is retrospectief dan wel prospectief.
- Evidence-based betekent ontwikkeld volgens de stappen van evidence-based medicine/richtlijnontwikkeling (probleem verwoorden in een beantwoordbare vraag, efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal, kritische beoordeling kwaliteit, beoordeling relevantie effect, toepassen).
- Fysieke veiligheid is de mate waarin mensen beschermd zijn en zich beschermd voelen tegen persoonlijk leed door ongevallen en tegen onheil.
- GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) is een beoordelingsstelsel dat is ontwikkeld om de kwaliteit van bewijs en sterkte van een aanbeveling te bepalen bedoeld voor systematisch literatuuronderzoek en richtlijnontwikkeling.
- Handheld röntgentoestel is een draagbaar röntgentoestel bedoeld voor het maken van tandheelkundige intra orale röntgenopnamen. Een handheld röntgentoestel is ontworpen om tijdens de belichting van de röntgenopname te worden vastgehouden door degene die de opname bij de patiënt maakt.

- Kwetsbaarheid is een dynamische toestand waarin een individu verkeert die beperkingen heeft in één of meerdere domeinen van het menselijk functioneren, te weten het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren, die onder invloed van een diversiteit aan variabelen wordt veroorzaakt en die de kans op het optreden van ongewenste mondgezondheidsuitkomsten vergroot.
- Medicatieoverzicht is een lijst van alle medicijnen die door een patiënt worden gebruikt inclusief de dosering van deze medicijnen. Ook zijn eventuele allergieën of overgevoeligheden voor bepaalde medicijnen op deze lijst vermeld. Een recent medicatieoverzicht kan door een patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger bij de apotheek worden opgevraagd. Ook een zorgverlener kan dit overzicht opvragen mits er schriftelijke toestemming is van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger.
- Mondhygiëne is de dagelijkse verzorging van de mond en het gebit om deze gezond te houden.
- Mobiliteit is de beweeglijkheid van een persoon of het gemak waarmee iemand zich verplaatst.
- Mondverzorging omvat de verzorgende handelingen die nodig zijn om de hele mond gezond te houden.
- Mondzorgplan is een geordend rapport waarin alle relevante gegevens die betrekking hebben op (risico's op) orale klachten, afwijkingen en defecten van een individu naar bevinding, oorzaak, ernst, uit te voeren mondzorg en te verwachten resultaat zijn vermeld. Het mondzorgplan dient op inzichtelijke en systematische wijze aan te geven waarom een bepaalde mondzorg is geadviseerd en geaccepteerd, op welke wijze die mondzorg moet worden uitgevoerd en wat de toekomstverwachting is. Vast onderdeel van een individueel mondzorgplan is het individuele mondverzorgingsprotocol dat omschrijft waaruit de dagelijkse mondverzorging moet bestaan. Wanneer er een zorgplan aanwezig is, maakt het mondzorgplan integraal deel uit van het zorgplan en is daarmee in overeenstemming.
- Mondzorgpraktijk is een zorgpraktijk waar professionele mondzorg verleend wordt.
- Mondzorgverlener is een beroepsbeoefenaar die gekwalificeerd en competent is om mondzorg in zijn totaliteit of op een deelgebied te verlenen. In deze richtlijn wordt met mondzorgverlener een tandarts, tandarts specialist, mondhygiënist en tandprotheticus bedoeld.
- Oncoöperatief gedrag is gedrag waarin een persoon beperkt of niet bereid is tot medewerking of een handeling uit te voeren.
- Ouderen worden gedefinieerd als mensen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt. Er kan onderscheid worden gemaakt in vitale, kwetsbare en zorgafhankelijke ouderen. Deze groepen onderscheiden zich in zelfredzaamheid op de domeinen van het menselijk functioneren, te weten het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren.
- Palliatief verwijst naar zorg in de laatste levensfase die gericht is op bestrijding van pijn om het voor een patiënt draaglijk te houden, en niet meer bedoeld om de patiënt te genezen.
- Periodiek mondonderzoek omvat het onderzoek naar en de diagnostiek van mondziekten, de communicatie, de voorlichting en de terugkoppeling daaromtrent en dit alles dient te resulteren in het registreren van de relevante bevindingen en het bepalen van een termijn waarop een volgend mondonderzoek dient plaats te vinden.
- PICO (Patiënt Intervention Comparison Outcome), ook wel Patiënt interventie Controle Uitkomst genoemd, is een ordeningssysteem om een klinisch probleem om te zetten in een concrete, beantwoordbare vraag.
- Preventie is het geheel van doelbewuste initiatieven die anticiperen op risicofactoren en ageren zodra de eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is.
- Radiologie is het medische wetenschapsgebied dat zich bezighoudt met het opzoeken van de aard en de plaats van een ziekte, letsel of aandoening door middel van stralen, geluidsgolven en magnetische velden.

- Randomised controlled trial (RCT), is een onderzoekopzet waarbij de indeling tussen interventie- en controlegroep willekeurig gekozen wordt. Het is een wetenschappelijke onderzoeksmethode in de biowetenschappen, met name in de geneeskunde, waarbij wordt getracht de vraag te beantwoorden of een bepaalde interventie werkzaam of zinvol is.
- Systematische review is systematisch literatuuronderzoek is een op basis van de wetenschappelijke literatuur en andere documenten volgens een bepaalde systematiek uitgevoerd onderzoek om een wetenschappelijke vraagstelling te beantwoorden.
- Terminaal is de eindfase de palliatieve fase, waarbij de patiënt niet meer beter kan worden en geschat wordt dat de patiënt nog maximaal drie maanden zal leven.
- Wilsbekwaamheid is het individuele vermogen om zelfstandig beslissingen te nemen en de gevolgen daarvan te kunnen overzien. Bij wilsbekwaamheid beschikt de persoon over alle relevante kennis van de kwestie. Iedereen is in principe wilsbekwaam, totdat het tegendeel bewezen is. Echter, het vaststellen van wilsbekwaamheid is gebonden aan de context waarbinnen wordt beslist,
- Welbevinden is de mate waarin een persoon zich lichamelijk, geestelijk en sociaal goed voelt.
- Wet zorg en dwang regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen die niet wilsbekwaam zijn, zoals mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie).
- Zelfzorg is de mate waarin een persoon voor zichzelf kan zorgen. Dit betreft alle zorg die een persoon zelf uitvoert om gezond te blijven en er verzorgd uit te zien.
- Zorgafhankelijkheid is de mate waarin een persoon afhankelijk is van de zorg van anderen om zelfstandig te kunnen functioneren en/of de (mond)gezondheid in stand te houden.
- Zorgplan is een schriftelijk vastgelegd plan aangaande de zorg voor een patiënt. Het beschrijft afspraken over behandeling, o.a. gestelde behandeldoelen, wijze waarop deze te bereiken zijn, verwachte tijdsduur, te verrichten taken, wijze waarop delen van de behandeling worden uitgevoerd, inzet van deskundigheid, inzet van de patiënt en tijdstip van evaluatie.

### Afkortingenlijst

Afkorting	Toelichting
95%-BI	95% Betrouwbaarheidsinterval
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
ANVS	Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming
Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
CE-keurmerk	Conformité Européenne; in overeenstemming met de Europese regelgeving
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronische Obstructieve Long Ziekte)
EBRO	Evidence-Based Richtlijnontwikkeling
FTWV	Federatie Tandheelkundig Wetenschappelijke Verenigingen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GRADE	Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation
KIMO	Kennisinstituut Mondzorg
KNMT	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
KPR	Klinische Praktijkrichtlijn

LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MeSH	Medical Subject Headings
MKA-chirurg	Mond-, Kaak-, en Aangezichts chirurg
NHG	Nederlands Huisartsgenootschap
NP	Nurse Practitioner
NVM-Mondhygiënisten	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten
OHAT	Oral Health Assessment Tool
PICO	Patiënten/Probleem/Populatie, Interventie, Controle/vergelijking (Comparison), Uitkomst (Outcome)
RAC	Richtlijn Advies Commissie
RAR	Richtlijn Autorisatie Raad
ROC	Richtlijn Ontwikkel Commissie
RR	Relatief Risico
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden
SPV	Sociaalpsychiatrisch Verpleegkundige
TMS	Toezichthoudend medewerker stralingsbescherming
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VS	Verpleegkundig specialist
VWS	Volksgezondheid, Welzijn & Sport
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WIP	Werkgroep Infectie Preventie
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
WWR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Wzd	Wet zorg en dwang

## Verantwoording

### Geldigheid

Het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit ervan. De aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijke verenigingen of gebruikers ervan delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied. Uiterlijk december 2025 bepaalt het bestuur van KIMO of deze richtlijn nog actueel is. Wanneer nieuwe ontwikkelingen daartoe aanleiding geven, gebeurt dit eerder. Als de richtlijn moet worden herzien, dan wordt daarvoor een herzieningsstraject gestart, met de installatie van een nieuwe ROC.

### Doel

De KPR 'Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen' heeft als doel behoud of verbetering van mondgezondheid en orale functies van kwetsbare aan huis gebonden ouderen. Dit wordt beoogd door duidelijkheid te geven aan en uniformiteit te stimuleren bij mondzorgverleners die mondzorg voor de doelgroep noodgedwongen aan huis moeten verlenen. De KPR geeft handvatten en inzicht hoe consulten aan huis veilig en effectief kunnen worden uitgevoerd voor zowel de patiënt als de mondzorgverlener.

## Doelgroep

De KPR is van toepassing op alle kwetsbare ouderen die mondzorg nodig hebben en geen mondzorgpraktijk kunnen bezoeken, zelfs niet met hulp van anderen, ten gevolge van beperkingen in één of meerdere domeinen van het menselijk lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren.

## Initiatief

Er zijn de laatste jaren verschillende initiatieven van de grond gekomen ter bevordering van de mondgezondheid van ouderen in Nederland. Echter, er bestaan geen actuele klinische praktijkrichtlijnen rondom de mondzorg specifiek voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen, die als leidraad kunnen dienen voor goede zorgverlening. Hoewel wetenschappelijk onderzoek beperkt beschikbaar is, kan een praktijkrichtlijn met aanbevelingen de kwaliteit van de zorgverlening bevorderen.

Dit is de reden waarom het KIMO het initiatief heeft genomen om - in samenspraak met de leden van het KIMO, het Zorginstituut en het ministerie van VWS - drie richtlijnen voor kwetsbare ouderen in het meerjarenprogramma richtlijnontwikkeling 2016-2020 op te nemen. Deze richtlijnen zullen met de tijd worden gemodificeerd wanneer meer wetenschappelijke kennis beschikbaar is.

## Financiering

De ontwikkeling van de KPR 'Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen' is gefinancierd vanuit het meerjarenprogramma voor klinische praktijkrichtlijnen van KIMO.

## Samenstelling van de Richtlijn Ontwikkel Commissie (ROC)

- Prof. dr. A. Visser, Hoogleraar gerodontologie UMCG, Tandarts maxillofaciaal prothetist, Tandarts geriatric, Groningen, (voorzitter ROC)
- Dr. W.A. van Enst, klinisch epidemioloog/ richtlijnmethodoloog, Medical Guidelines, Amsterdam (secretaris ROC)
- J. Benedictus, Programmamanager eerstelijnszorg, namens Patiëntenfederatie Nederland
- Dr. W.E.R. Berkhout, Universitair hoofddocent Orale Radiologie ACTA, Amsterdam, namens Academische Opleidingen Tandheelkunde
- Drs. P.C. Bots-van 't Spijker, Tandarts-geriatrie, Bunschoten-Spakenburg, namens Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie
- E.C. Grutterink-van Dam, mondhygiënist-geriatrie, Veenendaal, namens Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
- Dr. G.J. Huisman-de Waal, verpleegkundige Radboud UMC, Nijmegen, specifieke expertise
- Dr. C.D. van der Maarel-Wierink, tandarts-geriatrie, Amstelveen en Amsterdam, namens Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie
- Drs. K.G.H. Parisius MSc., Docent Mondzorgkunde, Amsterdam, namens Hogeschool opleidingen Mondzorgkunde
- Drs. M. Parunovac, tandarts-algemeen practicus en tandarts-geriatrie, Amsterdam, namens ANT Tandartsen
- Dr. I.F. Persoon, universitair docent Preventieve Tandheelkunde ACTA, Amsterdam, namens Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
- Dr. G.J. van der Putten, Specialist Ouderengeneeskunde en kaderarts Palliatieve Zorg, Leusden en Apeldoorn, specifieke expertise
- Dr. M. de Weerd, klinisch epidemioloog/ richtlijnmethodoloog, Marvalues, Utrecht

## Belangenverklaring

De leden van de ROC hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste vijf jaar geen (financieel ondersteunde) betrekking onderhouden met commerciële bedrijven, organisaties of instellingen die in verband staan met het onderwerp van de richtlijn. Hierbij is geen belemmering voor participatie in de ROC geconstateerd. De belangenverklaringen zijn op te vragen bij het bureau van het KIMO.

## Methode ontwikkeling

Evidence-based.

## Werkwijze

De ontwikkeling van de KPR ‘Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen’ is uitgevoerd volgens de criteria, die zijn beschreven in het AGREE-II instrument (Brouwers, 2010). Dit is een internationaal gevalideerd en geaccepteerd handvat voor de ontwikkeling van evidence-based richtlijnen. Daarnaast is gebruik gemaakt van de adviezen van Leidraad voor Kwaliteitsstandaarden, zoals beschreven door de Adviesgroep Kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland (AQUA, 2013). Ook is het Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten 2015, versie 2.1 d.d. 18 juni 2018, geraadpleegd.

De kracht van het wetenschappelijke bewijs is beoordeeld volgens de principes van de GRADE-methodiek. De GRADE evidence profielen zijn gemaakt met de guideline development tool (<http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/>). GRADE staat voor ‘Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation’ ([www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)). (Alonso-Coello, 2016a; Alonso-Coello, 2016b; Brozek, 2009a; Brozek, 2009b; Iorio, 2015; Kunz, 2008)

Alle leden van de ROC hebben ten minste geparticipeerd in een eendaagse EBRO-training, verzorgd door KIMO, of zijn geschoold in het ontwikkelen van EBRO-richtlijnen.

## Knelpuntenanalyse

Op 23 november 2017 is een *Invitational Conference* georganiseerd met als doel om een aantal onderwerpen voor richtlijnen op het gebied van mondzorg aan kwetsbare ouderen te benoemen. Een van de onderwerpen werd mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen. In een later stadium werden de knelpunten voor deze richtlijn geformuleerd door de RAC. Voor deze *Invitational Conference* waren de volgende partijen uitgenodigd. De deelnemers zijn met een \* aangegeven:

- Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)\*
- Organisatie van Zorgondernemers (Actiz)\*
- Associatie Nederlandse Tandartsen
- Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (Cobijt)\*
- Federatie Tandheelkundige Wetenschappelijke Verenigingen\*
- Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde\*
- Maastricht UMC
- Nederlands Huisartsen Genootschap\*
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie\*
- Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie\*
- Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde
- NVM-mondhygiënist\*
- Nederlandse Vereniging van Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie\*
- Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie

- Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici\*
- Patiëntenfederatie Nederland\*
- Programma Mondzorg voor Kwetsbare Ouderen\*
- Richtlijn Advies Commissie KIMO\*
- UMCG Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde (CTM)\*
- UMC Groningen en Rijksuniversiteit Groningen (universitair medisch centrum Groningen en opleiding tandheelkunde faculteit medische wetenschappen)\*
- Radboudumc Nijmegen, afdeling Tandheelkunde\*
- Zorggroep TriviumMeulenbeltZorg\*
- Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)\*
- Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie\*
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland\*
- Zorginstituut Nederland



## **Uitgangsvragen en uitkomstmaten**

De ROC heeft in de eerste vergadering de uitgangsvragen vastgesteld en verder uitgewerkt in PICO's (Patiënten/Populatie, Interventie, Controle, Uitkomst (Outcome)). De PICO's zijn uitgewerkt door de bij de ROC betrokken richtlijnmethodoloog, daarbij bijgestaan door inhoudelijk betrokken leden van de ROC per uitgangsvraag, de zogenoemde experts per uitgangsvraag. De volgende uitgangsvragen, inclusief PICO's, uitkomstmaten en wijze van uitwerking zijn vastgesteld:

### **1. Uitgangsvraag: Hoe wordt de indicatie gesteld voor mondzorg aan huis bij aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

#### Uitwerking in PICO

P - Kwetsbare ouderen

I - Variabelen die gecorreleerd zijn aan mondzorg aan huis of geen mondzorg in de praktijk

C - Afwezigheid van variabelen die gecorreleerd zijn aan mondzorg aan huis of geen mondzorg in de praktijk

O - Wel of geen mondzorg aan huis verlenen

Wijze van uitwerking: systematisch literatuuronderzoek (evidence-based).

### **2. Uitgangsvraag: Onder welke voorwaarden kan men overgaan tot het verlenen van mondzorg aan huis?**

Knelpunt: het is onduidelijk op welke manier een tandheelkundig consult of behandeling bij een patiënt aan huis kan worden vormgegeven. Omdat dit geen klinische vraag is, wordt hier niet gewerkt met een PICO.

Wijze van uitwerking: expert-opinion.

### **3a. Uitgangsvraag: Hoe kan de fysieke veiligheid van de mondzorgverlener worden gewaarborgd wanneer deze een kwetsbare oudere aan huis behandelt?**

#### Uitwerking in PICO

P - Mondzorgverleners die kwetsbare ouderen aan huis behandelen

I - Interventies met betrekking tot de veiligheid van de mondzorgverlener

C - Gebruikelijke zorg

O - Veiligheidsaspecten t.a.v. de mondzorgverlener

Wijze van uitwerking: systematisch literatuuronderzoek (evidence-based).

### **3b. Uitgangsvraag: Op welke wijze kunnen infectiepreventiemaatregelen genomen worden in het kader van de (tandheelkundige) behandeling van aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

#### Uitwerking in PICO

P - Mondzorgverlener, patiënt en omgeving

I - Interventies met betrekking tot infectiepreventie in de thuissituatie

C - Gebruikelijke zorg

O - Overdracht en/of infectie door micro-organisme bij mondzorgverlener, patiënt of omgeving

Wijze van uitwerking: systematisch literatuuronderzoek (evidence-based).

### **3c. Uitgangsvraag: Onder welke voorwaarden kan röntgenologisch onderzoek in de thuissituatie worden uitgevoerd?**

Knelpunt: het is onduidelijk onder welke voorwaarden röntgenologisch onderzoek in de thuissituatie kan worden uitgevoerd. Omdat dit geen klinische vraag is, wordt hier niet gewerkt met een PICO.

Wijze van uitwerking: expert-opinion.

**4a. Uitgangsvraag: Wat is de rol van mondzorgverleners ten opzichte van andere zorgverleners bij de (tandheelkundige) behandeling van aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

Uitwerking in PICO

P - Behandeling van aan huis gebonden kwetsbare ouderen

I - Een rol voor andere zorgverleners en/of mantelzorger

C - Geen rol voor andere zorgverleners en/of mantelzorger

O - Mondgezondheid, kwaliteit van leven, orale functie, patiënttevredenheid

Wijze van uitwerking: systematisch literatuuronderzoek (evidence-based).

**4b. Uitgangsvraag: Onder welke voorwaarden kan mondzorg worden verleend aan oncoöperatieve en/of wilsonbekwame kwetsbare ouderen?**

Knelpunt: het is onduidelijk onder welke voorwaarden mondzorg worden verleend, ook aan oncoöperatieve kwetsbare ouderen. Omdat dit geen klinische vraag is, wordt hier niet gewerkt met een PICO.

Wijze van uitwerking: wet- en regelgeving

**5. Uitgangsvraag: Hoe kan continuïteit van zorg bevorderd worden bij aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

Uitwerking in PICO

P - Aan huis gebonden kwetsbare ouderen

I - Interventies ter bevordering van continuïteit van zorg

C - Standaard zorg

O - Mondgezondheid, kwaliteit van leven, orale functie, patiënttevredenheid

Wijze van uitwerking: systematisch literatuuronderzoek (evidence-based).

**Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur**

De uitgangsvragen zijn uitgewerkt door middel van systematisch literatuuronderzoek. Om relevante literatuur te identificeren is een brede zoekactie uitgevoerd voor alle vragen samen. De zoekactie is uitgevoerd op 22 november 2019 in Medline en op 26 november 2019 in Cinahl. Er is gezocht met een combinatie van MeSH-termen en vrije tekstwoorden. Er werden filters toegepast op taal, Engels en Nederlands, en op studiedesign, systematische review, gerandomiseerd gecontroleerde studies (RCT) of een observationeel design. De volledige zoekstrategie is opgenomen in bijlage 1. In één brede zoekactie is gepoogd om literatuur over mondzorg, buiten de mondzorgpraktijk aan ouderen te identificeren. De literatuurlijst is beoordeeld op de relevantie voor de verschillende vragen. Ook werd door middel van het nagaan van de referentielijsten van studies geprobeerd om meer literatuur te identificeren.

Studies werden geïncludeerd mits ze aan onderstaande inclusiecriteria voldeden:

- Vergelijkend onderzoek zoals een (gerandomiseerd) gecontroleerd onderzoek of patiëntcontrole onderzoek of systematische review van vergelijkend onderzoek;
  - Indien er geen vergelijkend onderzoek beschikbaar was werd ook niet-vergelijkend cohortonderzoek geïncludeerd.
- De patiëntgroep, interventie, controlebehandeling en tenminste één uitkomstmaat, komt overeen met de geformuleerde PICO;
- Literatuur is geëxcludeerd wanneer het een pilotstudie betrof of de spreidingsmaten rondom de uitkomsten ontbraken, of wanneer het een narratieve review betrof.

Enkele vragen hadden geen betrekking op effectiviteit van zorg, maar op veiligheid, praktische uitvoerbaarheid, of wet- en regelgeving (vraag 2, 3c en 4b). Deze vragen zijn niet onderbouwd met een zoekactie in de literatuur, maar is gebruik gemaakt van andere richtlijnen, documenten over wetgeving, en documenten van andere beroepsgroepen die ook zorg bij patiënten aan huis leveren.

De opbrengst van de zoekactie en de daaruit volgende selectie is als volgt:

Vraag	Opbrengst zoekactie	Opbrengst na 1 <sup>e</sup> literatuurselectie	Opbrengst na 2 <sup>e</sup> literatuurselectie	
1	Indicatiestelling	401	32	2
2	Bereikbaarheid	401	n.v.t.	n.v.t.
3a	Fysieke veiligheid	401	0	0
3b	Infectiepreventie	401	3	0
3c	Röntgenapparatuur	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
4a	Samenwerking	401	10	0
4b	Wilsbekwaamheid	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
5	Continuïteit van zorg	401	0	0

### Beoordeling van de literatuur

Alle geselecteerde literatuur is, als volledig tekstartikel, beoordeeld op kwaliteit en inhoud door de aan de ROC verbonden richtlijnmethodoloog. De bevindingen hieruit zijn samengevat in tabellen met studiekarakteristieken (zie bijlage 2) en bovendien kort beschreven bij de uitwerking van de uitgangsvragen in de hoofdtekst.

De kracht van het wetenschappelijke bewijs is beoordeeld volgens de principes van de GRADE methodiek (Alonso-Coello, 2016a; Alonso-Coello, 20b; Brozek, 2009a; Brozek, 2009b; Iorio, 2015; Kunz, 2008). GRADE evidence profielen, gemaakt met de *guidelinedevelopment tool* (<http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/>) per uitgangsvraag zijn weergegeven in bijlage 3. Op basis van de evidence zijn conclusies geformuleerd, voorzien van een gradering volgens de GRADE-methodiek. De betekenis van deze gradering is als volgt:

GRADE	Symbol	Definitie
Hoog	□□□□	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is <b>veel vertrouwen</b> dat het werkelijke effect dicht in de buurt ligt van de schatting van het effect</li> <li>Het is zeer onwaarschijnlijk dat de conclusie verandert als er verder onderzoek wordt gedaan</li> </ul>
Matig	□□□○	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is <b>matig vertrouwen</b> in de schatting van het effect: het werkelijke effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt</li> <li>Het is mogelijk dat de conclusie verandert als er verder onderzoek wordt gedaan</li> </ul>
Laag	□□○○	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is <b>beperkt vertrouwen</b> in de schatting van het effect: het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect</li> <li>Het is waarschijnlijk dat de conclusie verandert als er verder onderzoek wordt gedaan</li> </ul>

<b>Zeer laag</b>	□000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is <b>weinig vertrouwen</b> in de schatting van het effect: het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect</li> <li>• De conclusie is zeer onzeker</li> </ul>
------------------	------	---

### Van evidence naar aanbevelingen

In de klinische besluitvorming zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijk bewijs ook andere aspecten van belang. Dit betreft onder meer waarden en voorkeuren van patiënten, kosten, balans tussen gewenste en ongewenste effecten van interventies en organisatorische aspecten. Op basis van de evidence en de overige overwegingen zijn vervolgens door de ROC aanbevelingen geformuleerd.

De evidence op basis van goede wetenschappelijke studies op het gebied van mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen is zeer beperkt. Daarnaast is de kwaliteit van het gevonden bewijs van de beschikbare studies laag tot zeer laag. Bij de meeste vragen is geen bewijs geïdentificeerd. Dat heeft tot gevolg dat bij het formuleren van de aanbevelingen gebruikgemaakt moest worden van de kennis en de expertise en werkervaring van de leden van de ROC. De leden van de ROC zijn allen experts op hun vakgebied.

Dat de beschikbare wetenschappelijke literatuur slechts beperkt antwoord geeft op de uitgangsvragen, betekent daarom niet dat de geformuleerde aanbevelingen weinig waarde hebben. De aanbevelingen zijn in goed overleg met alle experts van de ROC geformuleerd. Over de overwegingen en de aanbevelingen is in de multiple bijeenkomsten van de ROC consensus bereikt op basis van klinische expertise.

### Indicatorontwikkeling

Tijdens het ontwikkelen van de KPR werden twee structuurindicatoren geformuleerd. Deze zijn beschreven in het implementatieplan. Zie bijlage 7.

### Klankbordgroep

Organisaties en/of verenigingen die veelal geen deel uitmaken van de ROC, maar wel specifieke expertise bezitten met betrekking tot dit richtlijnonderwerp, zijn aan het begin van het ontwikkeltraject uitgenodigd om zitting te nemen in de klankbordgroep. De taak van de klankbordgroep is om feedback/advies te geven op voorstellen en concepten die de ROC formuleert. Afhankelijk van de aard van de voorgelegde vragen is bekeken of de klankbordleden hun reactie schriftelijk geven. De klankbordgroep is gedurende het ontwikkeltraject van de richtlijn, in mei 2020, schriftelijk benaderd om een reactie op de conceptversie van de KPR te geven.

De leden van de klankbordgroep waren:

- ANT
- ARGO Onderzoeksinstituut
- College Adviserend Tandartsen (CAT)
- KNMT
- NWVT
- Organisatie Nederlandse Tandprothetici (ONT)
- Project Mondzorg voor Ouderen (PMO)
- Unie KBO
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Het commentaar van de leden van de klankbordgroep is gedeeld binnen de ROC en verwerkt voor de brede commentaarroude. Alle ontvangen opmerkingen zijn beantwoord.

### Commentaar- en autorisatiefase

Daarna is de conceptrichtlijn op 25 augustus 2020 in een brede commentaarronde voorgelegd aan de volgende betrokken wetenschappelijke en beroepsverenigingen, evenals aan andere bij het onderwerp betrokken organisaties:

- KNMT
- ANT
- FTWV
- NWVT
- NVM Mondhygiënisten
- ONT
- NVMKA
- NVGd
- NVGPT
- NVOI
- NVvE
- NVvP
- VMTI
- VBTGG
- VTvO
- Cobijt
- KNMP
- Verenso
- V&VN
- Nederlandse Internisten Verenigingen
- Zorgverzekeraars Nederland
- DSW en VGZ
- Zorginstituut Nederland
- Patiëntenfederatie
- Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Opleidingen Mondzorgkunde
- Opleidingen Tandheelkunde
- RAC
- KIMO bestuur

De commentaren zijn daarna verzameld en door de ROC verwerkt. Hieruit is de definitieve conceptrichtlijn voorgekomen, die door de ROC aan het bestuur van het KIMO is aangeboden. Het bestuur van het KIMO heeft de KPR ter autorisatie voorgelegd aan de Richtlijn Autorisatie Raad (RAR), die in december 2020 het adviesrapport heeft uitgebracht. Vervolgens wordt de KPR ter vaststelling voorgelegd aan de Algemene Ledenvergadering van KIMO.

### Implementatie

De ontwikkeling van een nieuwe richtlijn is niet los te zien van de invoering ervan. Bij alle fasen van de ontwikkeling van de richtlijn wordt daarom rekening gehouden met de implementatie. Zo zijn bijvoorbeeld bij de invitationale conference knelpunten uit de praktijk geïnventariseerd, waarvan het veld graag wil dat ze opgelost worden. Ook bij het formuleren van aanbevelingen

wordt rekening gehouden met de implementeerbaarheid daarvan. In het implementatieplan, behorend bij de richtlijn, worden belemmerende en bevorderende factoren voor invoering van de richtlijn besproken. Het inpassen van een richtlijn in de dagelijkse praktijk betekent voor veel gebruikers immers een verandering van routine. Zo stopt het proces niet bij de ontwikkeling en publicatie van de richtlijn, maar is de implementatie ervan een logisch proces in nauwe samenwerking met de leden van het KIMO, de ANT, de FTWV, de KNMT en de NVM-mondhygiënist. Een implementatieplan van deze klinische praktijkrichtlijn is opgenomen in bijlage 6.

### Patiëntenperspectief

Het patiëntenperspectief in deze richtlijn is gewaarborgd door participatie van een gemandateerde vertegenwoordiger van de Patiëntenfederatie Nederland in de ROC. Bij uitgangsvragen zijn voor patiënten relevante uitkomstmaten gekozen, waaronder patiënttevredenheid en belasting van de patiënt. In alle onderdelen van de KPR is specifiek het perspectief van patiënten meegenomen onder de overwegingen.

Het KIMO gaat ervan uit dat de informatie over deze KPR voor patiënten, veelal aan huis gebonden kwetsbare ouderen en mantelzorgers of verzorgenden van de doelgroep van deze richtlijn - gemakkelijk toegankelijk en begrijpelijk is. Ook wordt doorverwezen naar betrouwbare bronnen, waar men meer informatie kan lezen.

### Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op wetenschappelijk bewijs gebaseerde 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan (mond)zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Aangezien de aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op de 'gemiddelde patiënt', kunnen (mond)zorgverleners op basis van hun professionele autonomie waar nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

## Uitgangsvraag 1

**Uitgangsvraag: Hoe wordt de indicatie gesteld voor mondzorg aan huis bij aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

Uitwerking in PICO

P - Kwetsbare ouderen

I - Variabelen die gecorreleerd zijn aan mondzorg aan huis of geen mondzorg in de praktijk

C - Afwezigheid van variabelen die gecorreleerd zijn aan mondzorg aan huis of geen mondzorg in de praktijk

O - Wel of geen mondzorg aan huis verlenen

## Aanbevelingen

- Ga na waarom een bezoek aan een mondzorgpraktijk niet mogelijk is en/of georganiseerd kan worden. Maak hiervoor gebruik van de vraag 'Wat is de hoofdreden dat mondzorg aan huis nodig is?'
- Een indicatie voor mondzorg aan huis kan gesteld worden indien:
  - de kwetsbare oudere fysiek niet in staat is om, al dan niet met hulp, de mondzorgpraktijk te bezoeken en er geen verbetering wordt verwacht in de fysieke gesteldheid waardoor het bezoek op een later moment wel zou kunnen.
  - de kwetsbare oudere als gevolg van een psychische of psychogeriatrische aandoening de mondzorgpraktijk niet (meer) kan bezoeken.
- Ga na of de woning van de patiënt bereikbaar is (zie uitgangsvraag 2) en of het veilig is om de patiënt te bezoeken (zie uitgangsvraag 3a).

## Overwegingen

### ***Kwaliteit van bewijs***

Er zijn aanwijzingen in de literatuur (Ishimaru, 2019; Wu, 2007) die wijzen op een positieve relatie tussen de mate van zorgbehoefte van ouderen en het krijgen van mondzorg aan huis. Ook werd een negatieve relatie gevonden tussen aanwezigheid van comorbiditeit en de frequentie om een mondzorgpraktijk te bezoeken. Daarbij leek er een relatie te zijn met de woonsituatie van de ouderen. Ouderen die zelfstandig wonen of woonachtig zijn in een woongroep gebruiken vaker mondzorg aan huis dan ouderen die met familie wonen. Daarnaast leken de vergoeding van de kosten door een verzekeraar of de hoogte van het inkomen van de patiënten een relatie te hebben met het ontvangen van mondzorg aan huis of de frequentie om de mondzorgpraktijk te bezoeken. De bewijskracht was zeer laag.

### ***Professioneel perspectief***

De werkgroep is van mening dat de beste zorg nog altijd geleverd wordt in een praktijk die bij voorkeur werkt conform de aanbevelingen zoals genoemd in de "*Praktijkwijzer Mondzorg voor ouderen*" (KNMT, 2020). Wanneer een patiënt de mondzorgpraktijk niet kan bezoeken, omdat de praktijk niet toegankelijk is voor ouderen kan verwezen worden naar een praktijk die wel toegankelijk is. Echter, voor sommige aan huis gebonden kwetsbare ouderen is het niet mogelijk om een mondzorgpraktijk te bezoeken. In die gevallen kan een indicatie voor mondzorg aan huis overwogen worden. De vraag voor mondzorg aan huis kan komen van personen rondom de kwetsbare oudere, zoals wettelijk vertegenwoordigers, mantelzorgers of medische en psychische zorgverleners die de patiënt onder behandeling hebben (bijvoorbeeld de huisarts, een psycholoog, een casemanager dementie of wijkverpleegkundige). Het is echter de mondzorgverlener (tandarts, tandarts

specialist, mondhygiënist en tandprotheticus) die de indicatie stelt voor mondzorg aan huis. De mondzorgverlener zal deze hulpvraag onderzoeken en moet daarbij beoordelen in hoeverre de oudere al dan niet naar de mondzorgpraktijk kan komen. Hierbij wordt de volgende vraag gesteld; 'Wat is de hoofdreden dat mondzorg aan huis nodig is?' Bij de volgende situaties kan mondzorg aan huis overwogen worden (let wel; deze opsomming is ter illustratie en is niet limitatief):

1. De kwetsbare oudere is, al dan niet met hulp, fysiek niet in staat om naar een mondzorgpraktijk te komen en er wordt geen verbetering verwacht in de fysieke gesteldheid op afzienbare termijn waardoor het bezoek op een later moment wel zou kunnen. Voorbeelden zijn ouderen in een terminaal stadium en kwetsbare ouderen die te kampen hebben met bijvoorbeeld bedlegerigheid, immobiliteit door morbide obesitas, eindstadium COPD (permanent zuurstof afhankelijk), et cetera.
2. De kwetsbare oudere heeft een psychische of psychogeriatrische aandoening gepaard gaande met dermate ernstige gedragsproblemen dat een bezoek aan de mondzorgpraktijk niet mogelijk is. Voorbeelden hiervan zijn ouderen met dementie die 'ontregeld' raken en ernstige gedragsproblemen vertonen als zij worden verplaatst naar een voor hun onbekende omgeving. Bij de beoordeling voor de indicatie mondzorg aan huis kan overleg plaatsvinden met andere betrokken zorgverleners mits er toestemming is van de patiënt. Indien de mondzorgverlener mondzorg aan huis indiceert, kan voor het uitvoeren van de mondzorg gedacht worden aan twee scenario's:

1. Een praktijkbezoek is misschien wel mogelijk, maar de inspanningen zijn voor de patiënt en/of mondzorgverlener van dien aard dat de frequentie zo laag mogelijk gewenst is. Dat betekent dat men de patiënt zoveel mogelijk thuis ziet en beoordeelt en dat met de patiënt alleen naar de praktijk laat komen voor bepaalde interventies (denk aan het vervaardigen van restauraties).
2. Een oudere is volledig aan huis gebonden. Alle benodigde zorg moet aan huis worden verleend.

In beide scenario's is het niet wenselijk dat de zorgfrequentie lijdt onder het feit dat de zorg aan huis moet worden verleend.

In geval van spoed in de weekenddienst kan het gebeuren dat er geen tijd is voor het verkrijgen van alle gegevens. Het behoeft geen betoog dat in uitzonderlijke situaties beargumenteerd afgeweken kan worden van deze richtlijn.

### ***Perspectief van de patiënten en naasten***

Indien een indicatie wordt gesteld voor mondzorg aan huis, zijn daar vaak ook kosten voor de patiënt mee gemoeid. Patiënten en/of naasten willen graag vooraf inzage hebben in de verwachte behandelkosten.

Het kan voorkomen dat een patiënt niet naar de praktijk kan komen omdat hij/zij daar hulp bij nodig heeft, maar dat de naasten (familie/mantelzorger) geen mogelijkheid zien of niet willen helpen om de patiënt naar de praktijk te brengen. Voorop staat dat de beste zorg in de praktijk geleverd kan worden en dat ook voor deze groep patiënten een praktijkbezoek de eerste keuze moet blijven. De mondzorgverlener kan helpen om naar oplossingen te zoeken zodat de patiënt naar de praktijk kan komen.

## **Onderbouwing**

### **Literatuursearch en -selectie**



Hiervan werden 32 referenties geïncludeerd voor de beoordeling op basis van het volledige artikel. Na de beoordeling van de volledige artikelen zijn twee studies (Ishimaru, 2019; Wu, 2007), definitief geïncludeerd voor de literatuuranalyse. Een tabel met karakteristieken van deze onderzoeken is opgenomen in bijlage 2. Vervolgens is de body of evidence geanalyseerd en in het vervolg van deze paragraaf beschreven. *GRADE Evidence profiles* hiervan zijn weergegeven in bijlage 3.

### **Beschrijving van de studies**

De twee geïncludeerde studies hadden een retrospectieve studieopzet (Ishimaru, 2019; Wu, 2007). Ishimaru et al. onderzochten de data uit een databank waarin data van langdurige zorg in Japan is opgeslagen. De data van personen vanaf 65 jaar, die verbleven in hun eigen woning of woongroep en die gebruik maakten van langdurige zorg service waaronder mondzorg aan huis werd geïncludeerd. Data van personen die verbleven in zorginstellingen, zoals verpleeg- of verzorgingshuizen, werden geëxcludeerd. De data van de groep geïncludeerde ouderen werd vergeleken met de data van personen van gelijke leeftijd en geslacht die geen mondzorg aan huis ontvingen. In die studie werd onderzocht welke variabelen een associatie hebben met mondzorg aan huis.

De studie had een valide opzet omdat er sprake was van een compleet cohort en de patiënten geselecteerd waren middels transparante in- en exclusiecriteria. De controlegroep was afkomstig uit hetzelfde cohort van patiënten. De gegevens waren compleet, er waren geen missende data. Door middel van een gewogen multivariate logistische regressieanalyse werden de associatie onderzocht.

Wu et al. onderzochten data afkomstig van een databank van de Nationale Gezondheid en Voedingsvragenlijst (*National Health and Nutrition Examination Survey*) tussen 1999-2002 in de Verenigde Staten van Amerika. Zij includeerden data van 1984 personen die 60 jaar en ouder waren en tenminste één gebitselement hadden. De centrale vraag in het onderzoek was de associatie tussen cognitief functioneren en de periode tot het laatste bezoek aan de mondzorgpraktijk. Daarnaast werden ook andere karakteristieken gerelateerd aan de gezondheid van de patiënt onderzocht. De onderzoekers voerden een gewogen multivariate logistische regressieanalyses uit.

### **Resultaten**

De studie van Ishimaru et al. vond verschillende statistisch significante associaties. Een van deze associaties was tussen de zorgbehoefte van de patiënt en mondzorg aan huis. Hoe hoger de algemene zorgbehoefte van de patiënten was des te sterker was de associatie dat ook mondzorg aan huis werd aangeboden. Ook andere variabelen gerelateerd aan zorgbehoefte toonden dit beeld. Er was ook een associatie tussen mondzorg aan huis ontvangen en regelmatig bezoek aan huis van een zorgverlener (arts (elke arts), langdurige zorg zorgverleners of verpleegkundigen) of wanneer de patiënt thuis revalidatie ondersteuning nodig had ten opzichte van geen revalidatie. Daarnaast was er een associatie tussen de woonsituatie van de patiënt en mondzorg aan huis. Patiënten die zelfstandig woonden of in een woongroep, gebruikten vaker mondzorg aan huis dan patiënten die bij familie woonden. Ook was er een associatie met de kosten van mondzorg aan huis. Mondzorg aan huis werd vaker gevraagd wanneer de patiënt vrijgesteld was van een eigen risico. Ook was er een associatie tussen gediagnosticeerde dementie en een lagere frequentie van mondzorg aan huis dan patiënten zonder dementie.

De studie van Wu et al. liet ook enkele statistisch significante associaties zien. Er werd een associatie gevonden tussen cognitieve prestaties en de periode sinds het laatste tandheelkundige bezoek. Wanneer de cognitieve prestaties beter waren, was de periode sinds het laatste tandheelkundig bezoek korter. Patiënten met comorbiditeiten zoals hartfalen, longziekten of diabetes

hadden een langere periode tussen het laatste bezoek ten opzichte van patiënten zonder comorbiditeiten.

Ook deze studie liet zien dat dekking van de kosten of het hebben van een hoger inkomen gerelateerd waren aan een korter interval tussen het laatste bezoek aan de mondzorgpraktijk.

### ***Bewijskracht van de literatuur***

Het bewijs is afkomstig van observationeel retrospectief cohortonderzoek. De bewijskracht begint zodoende op het niveau 'Laag.' De bewijskracht is met een niveau verlaagd naar 'Zeer laag' omdat het niet duidelijk was of de variabelen prospectief zijn geselecteerd. Wanneer er te veel variabelen worden onderzocht zal 5% per definitie een associatie tonen. Het is onduidelijk hoe daarmee is omgegaan in deze studies. Daarnaast gaat het om indirect bewijs, afkomstig uit Japan, waar het zorgsysteem anders is dan dat van Nederland. Bovendien zijn de resultaten enigszins gedateerd. Al met al is de bewijskracht derhalve als 'zeer laag' geclassificeerd voor alle uitkomsten, en moeten deze met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

### **Conclusies**

**Zeer laag**

Er zijn aanwijzingen uit indirect bewijs dat er een positieve associatie is tussen de gezondheid/zorgbehoefte van ouderen en het krijgen of nodig hebben van mondzorg aan huis/niet bezoeken van een mondzorgpraktijk.  
*Referenties: Ishimaru, 2019; Wu, 2007*

**Zeer laag**

Er zijn aanwijzingen uit indirect bewijs dat er een positieve associatie is tussen de bekostiging van de mondzorg/hogte van het inkomen en het krijgen van mondzorg aan huis/niet bezoeken van een mondzorgpraktijk.  
*Referenties: Ishimaru, 2019; Wu, 2007*

**Zeer laag**

Er zijn aanwijzingen uit indirect bewijs dat er een associatie is tussen de woonsituatie en het krijgen of nodig hebben van mondzorg aan huis/niet bezoeken van een mondzorgpraktijk.  
*Referenties: Ishimaru, 2019; Wu, 2007*

## Uitgangsvraag 2

**Uitgangsvraag:** Onder welke voorwaarden kan men overgaan tot het verlenen van mondzorg aan huis?

**Knelpunt:** het is onduidelijk op welke manier een tandheelkundig consult of behandeling bij een patiënt aan huis kan worden vormgegeven. Omdat dit geen klinische vraag is, wordt hier niet gewerkt met een PICO.

### Aanbevelingen

- De patiënt verblijft in een woning die goed bereikbaar is. Dit betekent:
  - De benodigde tandheelkundige uitrusting kan vanaf de auto naar en in de woning meegenomen worden met weinig fysieke belasting voor de mondzorgverlener;
  - De woning kan geopend worden voor of door de mondzorgverlener.
- De woning van de patiënt is begaanbaar en er is voldoende fysieke ruimte naast een patiënt om de tandheelkundige uitrusting op te stellen, aan te sluiten en te gebruiken.
- Op de beoogde behandelplek in de woning van de patiënt is voldoende licht of de mogelijkheid om licht te creëren.
- Op de beoogde behandelplek is indien noodzakelijk toegang tot stromend kraanwater en elektriciteit (met een veilig en bij voorkeur geaard stopcontact).
- Een mondzorgverlener moet in een acceptabele houding kunnen werken. Dit betekent:
  - De patiënt bevindt zich in een positie waarbij een zo ergonomisch mogelijke werkhouding kan worden aangenomen om de beoogde behandeling te kunnen uitvoeren.
  - Er is voldoende (schone en lege) ruimte om tandheelkundige materialen en instrumentarium neer te leggen.
- Er dient in geval van wilsonbekwaamheid van de patiënt (ten aanzien van mondzorg), een wettelijk vertegenwoordiger (familielid/mantelzorger) aanwezig of bereikbaar te zijn om te kunnen overleggen en besluiten te kunnen nemen.
- Er dienen contactgegevens beschikbaar te zijn van huisarts, apotheek en eventuele andere zorgverleners. Er is een actueel medicatieoverzicht aanwezig. Het medicatieoverzicht is via de apotheek op te vragen door de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger.

### Overwegingen

Op locatie moet het mogelijk zijn om zorg te verlenen. De mondzorgverlener moet daarbij waken voor zijn eigen gezondheid bij het verlenen van zorg bij aan huis gebonden kwetsbare ouderen. Mobiele apparatuur bijvoorbeeld is zwaar en kan niet zomaar een aantal trappen op worden gedragen. Een lift is dan een vereiste.

Een voorwaarde om mondzorg aan huis te kunnen verlenen, is de beschikbaarheid van contactgegevens van de huisarts, apotheek en eventuele andere zorgverleners en een actueel medicatieoverzicht. Ook zou gevraagd kunnen worden naar een diagnoseoverzicht omdat deze van grote meerwaarde kan zijn, echter deze is niet altijd beschikbaar. De patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger kan het medicatieoverzicht bij de apotheek opvragen. In geval van wilsonbekwaamheid van de patiënt moet een wettelijk vertegenwoordiger aanwezig of bereikbaar te zijn zodat overlegd kan worden over de zorg.

Ook moet de woning goed toegankelijk zijn voor de mondzorgverlener(s) en dient er ruimte te zijn dan wel gecreëerd te kunnen worden voor de benodigde spullen en of apparatuur. Hierbij is flexibiliteit van zorgverleners en andere aanwezigen vereist. Gedacht moet worden aan;

- een werkblad waar (scherp) instrumentarium veilig op kan worden gelegd;

- voldoende werklucht, zodat onvoldoende zicht geen belemmering voor de behandeling kan vormen;
- bereikbaarheid van de patiënt voor de mondzorgverlener, waarbij een zo goed mogelijke ergonomie van de mondzorgverlener bewaakt wordt. Hiertoe moet soms een bed van de muur, kastjes verplaatst, vloerkleedjes opzij, et cetera.

Voordat er tot behandeling aan huis wordt overgegaan, zal de mondzorgverlener een inschatting maken of de behandeling in de betreffende woonsituatie kan worden gerealiseerd. Het kan dus voorkomen dat zorginhoudelijk tot een indicatie voor behandeling aan huis wordt gekomen (zie uitgangsvraag 1), maar dat deze zorg als gevolg van de woonsituatie, of de afwezigheid van contactgegevens en/of een medicatieoverzicht, (voorlopig) niet aan huis gerealiseerd kan worden.

### ***Perspectief van de patiënten en/of naasten***

Bij een verkennend bezoek moet, naast het nagaan van de toegankelijkheid en veiligheid, ook aandacht zijn voor de wensen van de patiënt en/of naasten. Wensen kunnen betrekking hebben op de manier waarop verrichtingen in het huis worden uitgevoerd, maar ook op de zorg zelf. Indien de patiënt niet behandeld wil worden, moet dit altijd gerespecteerd worden. Zie hiervoor uitgangsvraag 4b. Indien de woning van de patiënt onvoldoende toegankelijk of geschikt is om mondzorg veilig te kunnen verlenen dient met de patiënt en/of naasten besproken te worden wat hierin de obstakels zijn.

Een empathische benadering in de gesprekken en behandeling van de patiënt is vanzelfsprekend. Waar mogelijk, is het voor patiënten prettig als zoveel mogelijk met een vaste behandelaar gewerkt kan worden, zeker in geval van psychische problematiek (zie ook uitgangsvraag 3a).

## **Onderbouwing**

### **Literatuursearch en -selectie**

Voor deze uitgangsvraag is niet naar literatuur gezocht. De vraag heeft betrekking op voorwaarden en niet op etiologie, therapie of diagnostiek. Het is daarom niet zinvol om een systematische analyse van de literatuur te maken. Wel is er gekeken naar consensusstukken internationaal en van andere zorgverleners in Nederland waarin de veiligheid van zorgverleners bij huisbezoeken is besproken. Hiervoor zijn gegevens opgevraagd van Verpleegkundige en Verzorgenden Nederland (V&VN), het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) en bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). V&VN had informatie en deelde deze met de ROC. (Zorg voor beter, 2020).

## **Conclusies**

Er zijn geen conclusies geformuleerd voor deze vraag.

## Uitgangsvraag 3a

**Uitgangsvraag: Hoe kan de fysieke veiligheid van de mondzorgverlener worden gewaarborgd wanneer deze een kwetsbare oudere aan huis behandelt?**

### Uitwerking in PICO

P - Mondzorgverleners die kwetsbare ouderen aan huis behandelen

I - Interventies ter bevordering van de veiligheid van de mondzorgverlener

C - Gebruikelijke zorg

O - Veiligheidsaspecten t.a.v. de mondzorgverlener

## Aanbevelingen

- Ga bij voorkeur met twee personen op huisbezoek.
- Overweeg een training te volgen over het omgaan met dementie, agressie of afwerend gedrag.
- Beoordeel aan de hand van onderstaande punten (niet limitatief) of mondzorg aan huis veilig kan worden verleend. Wanneer mondzorg niet veilig verleend kan worden op basis van onderstaande punten, kan overwogen worden om de mondzorg aan huis uit te stellen dan wel af te stellen:

### Patiëntfactoren

- De geestelijke conditie van de betreffende patiënt. Denk aan: psychische gezondheid, mogelijkheid/noodzaak tot overleg met arts voor maatregelen om coöperatie te bevorderen, (mogelijk gebrek aan) coöperatie bij behandeling (zie uitgangsvraag 4b).

### Omgevingsfactoren

- De invloed van eventueel andere (al dan niet noodzakelijke) aanwezigen.
  - Aanwezigheid van personen bij wie sprake is van een ernstige besmettelijke ziekte(s) die overdraagbaar zijn bij aanraken en hoesten (denk hierbij aan bijvoorbeeld, open tbc, bof, rodehond, mazelen, COVID-19 etc.). Besmettelijke ziekten die alleen met bloed-bloed contact of via seksueel contact overdraagbaar zijn, zoals hepatitis B en hiv vallen daar niet onder.
  - Aanwezigheid van personen en/of huisdieren die verstoring gedrag vertonen waardoor de mondzorg verhinderd wordt en die niet voor de duur van het bezoek elders kunnen worden ondergebracht (denk hierbij aan agressieve huisdieren, huisgenoten onder invloed van alcohol of drugs et cetera).
  - Onbegaanbare of zeer ernstig vervuilde woning waar het niet mogelijk is om een (hygienisch en ruimtelijk) veilige werkplek te creëren (zie ook uitgangsvraag 2)
- Neem contact op met andere zorgverleners indien er twijfel bestaat ten aanzien van bovengenoemde patiënt- of omgevingsfactoren (zie uitgangsvraag 4a).

## Overwegingen

Mondzorg aan huis kan enkel worden verleend wanneer de zorg voor zowel de mondzorgverlener als voor de patiënt op een veilige manier verleend kan worden. In deze vraag staat de fysieke veiligheid van de mondzorgverlener centraal. Met fysieke veiligheid wordt de veiligheid van de zorgverlener binnen de omgeving waarin hij/zij zich begeeft bedoeld (WRR, 2008). Wanneer de mondzorgverlener niet zeker is over zijn of haar eigen veiligheid kan worden afgezien van het verlenen van mondzorg aan de patiënt, ondanks dat er wel een indicatie is (zie uitgangsvraag 1).

Een mondzorgverlener kan te maken krijgen met ongewenste omgangsvormen van de patiënt of diens huisgenoten (LHV, 2020). Onder ongewenste omgangsvormen vallen: seksueel intimideren,

gebruik van agressie en geweld (verbaal, fysiek en psychisch), pesten, discrimineren, stalken of belagen. Om een veilige situatie te creëren voor zowel mondzorgverlener als voor de patiënt is het aan te raden om niet alleen op huisbezoek te gaan. Daarnaast kan een training omgaan met dementie of agressie helpen om beter te kunnen reageren op probleemgedrag (Zorgvoorbeter, 2020).

De mondzorgverlener kan voorafgaand aan een huisbezoek onderzoeken of er factoren zijn die deze fysieke veiligheid negatief kunnen beïnvloeden. De mondzorgverlener beoordeelt aan de hand van patiëntfactoren en omgevingsfactoren of mondzorg aan huis veilig kan worden verleend. Hieronder volgen ter illustratie een aantal mogelijke bedreigingen van de veiligheid van de mondzorgverlener:

### *Patiëntfactoren*

De geestelijke of psychische conditie van de betreffende patiënt kan dermate slecht zijn dat dit van invloed is op de veiligheid van de mondzorgverlener. Bij ouderen kan er sprake zijn van dementie of een delier waardoor probleemgedrag kan ontstaan. In deze situaties kan er een gebrek aan coöperatie voor de behandeling ontstaan. In het geval van een delier is dit meestal tijdelijk en kan na opklaren van het delier opnieuw een huisbezoek worden overwogen. Wanneer op (korte) termijn geen verbetering van de coöperatie tijdens de mondzorg te verwachten is en er is geen alternatieve behandeling mogelijk zonder dat er ernstig nadeel voor de patiënt ontstaat, kan onder voorwaarden onvrijwillige mondzorg worden uitgevoerd (zie uitgangsvraag 4a en uitgangsvraag 4b).

### *Omgevingsfactoren*

Ook huisgenoten of andere, al dan niet noodzakelijke, aanwezigen kunnen coöperatie rond de behandeling negatief beïnvloeden.

Daarnaast kan het zijn dat er op locatie sprake is van ernstige besmettelijke ziekten bij aanwezige personen. Wanneer deze ziekten overdraagbaar zijn via huidcontact en/of via druppels in de lucht door hoesten of niezen, denk hierbij aan open tbc, bof, rodehond, mazelen, COVID-19 is het uit overweging van de gezondheid van de mondzorgverlener, onverstandig de patiënt mondzorg aan huis te verlenen. In de praktijk zouden personen met een potentieel gevaarlijke/ levensbedreigende besmettelijke ziekte(s) normaal gesproken ook de toegang tot de praktijk geweigerd worden. Besmettelijke ziekten die alleen met bloed-bloed contact of via seksueel contact overdraagbaar zijn, zoals hepatitis B en hiv/aids, vallen hier niet onder.

Tot slot wordt benoemd dat naast de patiënt en andere aanwezigen ook eventuele huisdieren aanwezig in huis agressief gedrag naar bezoekers kunnen vertonen. Hierdoor wordt de veiligheid van de mondzorgverlener negatief beïnvloed. Als deze huisdieren niet voor de duur van het bezoek elders kunnen worden ondergebracht, kan de mondzorgverlener besluiten om geen zorg aan huis te verlenen.

Wanneer de mondzorgverlener twijfelt over bovenstaande punten, neemt de mondzorgverlener, onder voorbehoud van toestemming van de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, contact op met andere personen of zorgverleners die betrokken zijn bij de patiënt.

Voordat er tot behandeling aan huis wordt overgegaan, zal de mondzorgverlener een inschatting maken of de situatie voldoende veilig is voor zichzelf. Het kan dus voorkomen dat zorginhoudelijk tot een indicatie voor behandeling aan huis wordt gekomen (zie uitgangsvraag 1), maar dat deze zorg als gevolg van verminderde veiligheid voor de zorgverlener (voorlopig) niet aan huis gerealiseerd kan worden.

### ***Perspectief van de patiënten en naasten***

Bij een verkennend bezoek moet, naast het nagaan van de veiligheid, ook aandacht zijn voor de wensen van de patiënt en/of naasten. Wensen kunnen betrekking hebben op de manier waarop verrichtingen in het huis worden uitgevoerd, maar ook op de zorg zelf. Indien de patiënt niet behandeld wil worden, moet dit altijd gerespecteerd worden. Zie hiervoor uitgangsvraag 4b. Een empathisch benadering is hierbij vanzelfsprekend. Indien de woning van de patiënt niet geschikt blijkt om mondzorg veilig te kunnen verlenen dient met de patiënt en/of naasten besproken te worden wat hierin de obstakels zijn (zie ook uitgangsvraag 2).

### **Onderbouwing**

#### **Literatuursearch en -selectie**

Hiervan werden geen referenties geïncludeerd voor de beoordeling op basis van het volledige artikel. Daarom is voor dit hoofdstuk gebruik gemaakt van documenten uit de grijze literatuur. Deze documenten zijn beschreven in de overwegingen en zijn gebruikt voor de onderbouwing van de aanbevelingen.

### **Conclusies**

Er zijn geen conclusies geformuleerd voor deze vraag.

## Uitgangsvraag 3b

**Uitgangsvraag: Op welke wijze kunnen infectiepreventiemaatregelen genomen worden in het kader van de behandeling van aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

Uitwerking in PICO

P - Mondzorgverlener, patiënt en omgeving

I - Interventies ter bevordering van infectiepreventie in de thuissituatie

C - Zorg zonder interventies ter bevordering van infectiepreventie

O - Overdracht en/of infectie door micro-organisme bij mondzorgverlener, patiënt of omgeving

## Aanbevelingen

Volg de KNMT-richtlijn Infectiepreventie in mondzorgpraktijken ([www.knmt.nl/sites/default/files/richtlijn\\_infectiepreventie\\_autorisatiefase\\_23.pdf](http://www.knmt.nl/sites/default/files/richtlijn_infectiepreventie_autorisatiefase_23.pdf)) en geldende aanvullende adviezen zoals de Leidraad Mondzorg Corona (2020/2021 van kracht)

Aanvullende aanbevelingen voor mondzorg aan huis:

- Gebruik een schone dichte tray of spreid een patiëntenservet uit over een hard oppervlak. Houd hierbij rekening met het mogelijk lekken van vloeistof of prikken van het instrumentarium.
- Beperk spatvorming. Dek bij spatvorming de patiënt af, bijvoorbeeld met een wegwerpschort of een handdoek.
- Gebruik water dat voldoet aan de microbiologische normen.
- Voer afval (disposables) af in een gesloten stevige zak via het huishoudelijk afval.
- Verzamel de tray, behandelmateriaal en instrumenten in afsluitbare transportbakken.
  - Denk hierbij aan gecontamineerd instrumentarium, afdrukken en gebruikte naalden.
- Draag werkkleding tijdens het bezoek en verpak deze adequaat voor en na gebruik, ook tijdens reizen.
- Transporteer zodanig dat contaminatie van de omgeving uitgesloten is en verwerk op de reguliere wijze in de mondzorgpraktijk.

## Overwegingen

Infectiepreventiemaatregelen dienen om overdracht van pathogene micro-organismen te voorkomen. Hiervoor is van belang dat er een duidelijke scheiding is en blijft tussen schoon en vuil. De duidelijke scheiding in tijd en plaats vóór een volgende mondzorgverlener handeling plaatsvindt, helpt hierbij. De thuisomgeving van de patiënt is reeds aanzienlijk gecontamineerd met zijn micro-organismen. Er is geen significant verschil tussen micro-organismen zoals bacteriën, virussen en gisten van patiënten die thuis wonen en die in een verzorgingshuis wonen (Roghmann, 2017). Mensen verspreiden continu micro-organismen in hun omgeving: door direct contact met oppervlakken, voorwerpen en personen, verlies van huidcellen en aerosolproductie (niezen, gastro-intestinaal; Davis, 2012; Leung & Lee, 2016). De micro-organismen kunnen terecht komen op zowel medebewoners en huisdieren, als op oppervlakken en voorwerpen. De mondzorgverlener dient de contaminatie van de omgeving niet te verergeren en micro-organismen niet in de mondholte van de patiënt te introduceren.

Vooraf de productie van spatten en aerosol maakt de verspreiding van micro-organismen moeilijk beheersbaar; ze kunnen tot wel 2,5 m rond het hoofd van de patiënt komen. De meeste micro-organismen komen echter neer vlak voor het gezicht van de patiënt (Zemouri, 2020). Dit kan



worden opgevangen op een wegwerpschort of een handdoek die na afloop wordt gewassen. Daarnaast is het van belang te zorgen dat het leidingsysteem van de mondzorgunit niet besmet raakt. Dit kan bijvoorbeeld door een desinfectans aan kraanwater toe te voegen of gebruik te maken van water van een gecontroleerde kwaliteit, zoals flessenwater. Na afloop moet de unit worden doorgespoeld, zoals gebruikelijk in de mondzorgpraktijk. Een alternatief is om te kiezen voor behandelmethoden waarbij geen spatten en aerosol worden geproduceerd, zoals bij gebruik van hand-instrumentarium.

De verwerking van de materialen en instrumenten moet in de praktijk plaatsvinden volgens de reguliere procedures. Om indroging van vuil te voorkomen, moet dit zo snel mogelijk na de behandeling plaatsvinden. Daarvoor is eerst transport nodig, waarbij de omgeving niet gecontamineerd mag raken (WIP-richtlijn Bewaren en transporteren van gebruikt instrumentarium voor sterilisatie, 2007). De transportbakken voorkomen contact met de omgeving en er kan geen vloeistof uit lekken. De buitenzijde van transportbakken en eventuele mondzorgunits zijn schoon voor het transport. Draag altijd werkkleding tijdens behandeling en verpak deze voor en na gebruik, ook tijdens het reizen om te voorkomen dat de kleding het voertuig contamineert. Dit kan bijvoorbeeld door de werkkleding, zoals een lange witte jas, aan te trekken in de woning van de patiënt. Na de behandeling kan de lange witte jas worden uitgetrokken, en verpakt in een schone stevige plastic tas die afgesloten wordt. Bij een eventueel volgend huisbezoek op dezelfde dag, kan de (lange) witte jas weer in de woning worden aangetrokken en erna vervoerd worden in een nieuwe schone stevige plastic tas. Als alternatief kan gekozen worden voor een wegwerp overschort.

## Onderbouwing

### Literatuursearch en -selectie

Hiervan werden geen referenties geïncludeerd voor de beoordeling als volledig artikel. Wel is voor deze uitgangsvraag literatuur aangedragen door de ROC leden die niet is gekomen uit de zoekactie, omdat deze buiten het bestek van de zoekactie viel. Deze literatuur is beschreven in de overwegingen en heeft bijgedragen in de formulering van de aanbevelingen.

## Conclusies

Er zijn geen conclusies geformuleerd voor deze vraag.

## Uitgangsvraag 3c

**Uitgangsvraag: Onder welke voorwaarden kan röntgenologisch onderzoek in de thuissituatie worden uitgevoerd?**

Knelpunt: het is onduidelijk onder welke voorwaarden röntgenologisch onderzoek in de thuissituatie kan worden uitgevoerd. Omdat dit geen klinische vraag is, wordt hier niet gewerkt met een PICO.

### Aanbevelingen

- Ga na of er ook eerder gemaakte röntgenfoto's beschikbaar zijn en of aanvullend röntgenologisch onderzoek nodig is.
- Maak geen röntgenfoto als de daaruit voortvloeiende informatie niet kan leiden tot een realistische behandeloptie.
- Gebruik mobiele röntgenapparatuur alleen met een vergunning die kan worden verkregen via de Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming (ANVS).
  - Alleen BIG-geregistreerde behandelaars met stralingscertificaat die door de ondernemer zijn aangewezen als Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming in de tandheelkunde mogen een mobiel röntgentoestel hanteren.
- Gebruik handheld röntgenapparatuur wanneer de patiënt voldoende mobiel is zodat juiste positionering van de handheld röntgenapparatuur mogelijk is.
- Zorg voor veilig opslag en transport om beschadiging van de röntgenapparatuur te voorkomen. Gebruik hierbij een protocol en beschrijf in het protocol hoe wordt verhinderd dat onbevoegden toegang kunnen krijgen tot de apparatuur.
- Gebruik alleen mobiele röntgenapparatuur met het CE-keurmerk.

### Overwegingen

In de mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen vindt er dikwijls diagnostiek en behandeling plaats op het woonadres van de patiënt. Röntgendiagnostiek kan daarbij gewenst zijn. Let wel, bij het maken van röntgenopnames aan huis is terughoudendheid geboden. Röntgenologisch onderzoek in de thuissituatie mag enkel gebruikt worden, als de daaruit voortvloeiende informatie ook daadwerkelijk kan leiden tot een realistische behandeloptie.

Voor röntgenologisch onderzoek in de thuissituatie kunnen zowel een verrijdbaar röntgentoestel op statief als een handheld röntgentoestel gebruikt worden.

Voor het gebruik van röntgenapparatuur op wisselende locaties is een ANVS-vergunning nodig. Om deze vergunning te verkrijgen moet voldaan worden aan verschillende voorwaarden, waaronder dat alleen BIG-geregistreerde behandelaars met stralingscertificaat die door de ondernemer zijn aangewezen als Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming in de tandheelkunde een mobiel toestel mogen hanteren. Zie voor de wet- en regelgeving de website van de [ANVS](#). De kwaliteit van het bewijs voor het veilig gebruik van handheld röntgenapparatuur in het algemeen is goed (Rottke, 2018; Berkhout, 2015; Gulson, 2015).

De [Praktijkrichtlijn Tandheelkundige Radiologie](#) (KNMT, 2018) combineert ten behoeve van het gebruik van handheld röntgenapparatuur wetgeving en wetenschappelijke literatuur en geeft een overzicht van een aantal voorwaarden voor het gebruik: vergunningplicht, beschrijving van de opnameprocedure met aandacht voor instelapparatuur, veilige opslag en transport, en een waarschuwing voor toestellen zonder CE-keurmerk. De aanbevelingen die hier worden gedaan zijn deels gebaseerd op de [KNMT-richtlijn](#).

Voor het gebruik van mobiele röntgenapparatuur dient een stralingsrisicoanalyse te worden opgesteld conform Bijlage A van de Regeling Basisveiligheidsnormen Stralingsbescherming (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0040573/2018-02-06/#BijlageA> ). Uit die stralingsrisicoanalyse dient duidelijk te blijken wat het stralingsrisico is voor personen in de omgeving en voor de operateur en welke maatregelen getroffen worden ter bescherming.

Personen in de omgeving; hiervoor geldt een dosislimiet van 10 micro Sievert per jaar. Uitgaande van de bevindingen in het artikel van Hooegeveen (2018) kan gesteld worden dat de dosis op 1 meter van het hoofd van de patiënt 1,5  $\mu\text{Sv}/\text{mAs}$  is. Dit zorgt voor een dosis van 2  $\mu\text{Sv}$  per opname op 1 meter van de patiënt (bij kenmerkende waarden 2,5mA buisstroom en max. 0,5 sec. belichtingstijd). Om onder de dosislimiet van 10  $\mu\text{Sv}$  te blijven mogen per woonadres per jaar max. 5 opnamen gemaakt worden. Dit moet duidelijk in de vergunningsaanvraag worden verwoord. Tevens dient hierin te worden verwoord dat niemand anders dan de operateur en de patiënt in de kamer aanwezig mag zijn tijdens het maken van de opname.

De operateur: hiervoor geldt een dosislimiet van 1mSv per jaar. Bij gebruik van het handheld röntgentoestel volgens het werkprotocol (zie bijlage 4) (toestel horizontaal houden voor optimale effectiviteit van strooistralingsschild) is de dosis voor de operateur verwaarloosbaar.

Indien het toestel vanwege beperkte mobiliteit van de patiënt niet horizontaal kan worden gebruikt dan is het maken van röntgenopnamen alsnog mogelijk. Uit onderzoek van Hooegeveen et al. (2018) blijkt dat de dosis voor de operateur (op 30 cm afstand van de patiënt) dan 0,7  $\mu\text{Sv}$  per opname zal zijn (0,05  $\mu\text{Sv}/\text{mAs}$  op 1 meter). Onder dergelijke omstandigheden zou de operateur op jaarbasis 1400 opnamen kunnen maken voordat de dosislimiet van 1 millisievert wordt bereikt (onder deze limiet worden door de wetgever geen aanvullende beschermingsmaatregelen vereist).

In bijlage 4 zijn instructies gegeven hoe een handheld röntgenapparaat op locatie buiten een mondzorgpraktijk kan worden beheerd en gehanteerd. Onderstaand zijn de belangrijkste punten samengevat:

Bij het gebruik van handheld röntgentoestellen dient de opnameprocedure te worden aangepast ten opzichte van de procedure zoals gehanteerd bij vast gemonteerde toestellen. Om de röntgenbundel goed te kunnen richten dient het toestel ongeveer horizontaal en met beide handen stabiel te worden gehouden (zowel met oog op de vermindering van de kans op blootstelling voor de operateur die het apparaat bedient, als op het gewicht).

Daarbij moet de patiënt het hoofd kantelen, zodat positionering van het handheld röntgentoestel horizontaal blijft. Dat zal bij geriatrische patiënten niet altijd mogelijk zijn. Zoals hierboven beschreven, kan zonder disproportioneel stralingsrisico voor de operateur het toestel in die situaties toch worden gebruikt.

Tevens dienen maatregelen te worden genomen die onbevoegd gebruik, kwijtraken of diefstal tegengaan. Daarom dient het toestel altijd te worden opgeborgen in een afgesloten kast of kamer en ook tijdens transport dient te worden voorkomen dat onbevoegden toegang krijgen tot het apparaat. (KNMT, 2018)

Extra alert moet men zijn op röntgentoestellen die via buitenlandse internetverkoopkanalen aangeschaft worden en geen CE-keurmerk bezitten. Dit soort toestellen zijn niet toegestaan voor gebruik in Nederland en hebben in sommige gevallen een direct veiligheidsrisico door niet goed afschermende behuizing van de röntgenbuis, afwezigheid van een strooistralenschild, inferieure elektrische componenten, inclusief batterij en teruglopend kilovoltage bij afnemende batterijlading. (KNMT, 2018)

## Onderbouwing

### Literatuursearch en -selectie

Voor deze uitgangsvraag is niet naar literatuur gezocht. De vraag heeft betrekking op voorwaarden waaronder röntgenologisch onderzoek kan plaatsvinden. De diagnostische accuratesse van het röntgenologisch onderzoek staat niet ter discussie en is zodoende niet onderzocht.

Het is daarom niet zinvol om een systematische analyse van de literatuur te maken. Wel is er gekeken naar wet- en regelgeving omtrent stralingshygiëne en instructies over röntgenologisch onderzoek buiten de mondzorgpraktijk.

## Conclusies

Er zijn geen conclusies geformuleerd voor deze vraag.

## Uitgangsvraag 4a

**Uitgangsvraag: Wat is de rol van mondzorgverleners ten opzichte van andere zorgverleners bij de (tandheelkundige) behandeling van aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

Uitwerking in PICO

P - Behandeling van aan huis gebonden kwetsbare ouderen

I - Een rol voor andere zorgverleners en/of mantelzorger

C - Geen rol voor andere zorgverleners en/of mantelzorger

O - Mondgezondheid, kwaliteit van leven, orale functie, patiënttevredenheid

## Aanbevelingen

- De mondzorgverlener heeft een centrale aansturende rol ten opzichte van andere zorgverleners voor de uitvoering van het mondzorgplan.
- Beoordeel voor welke doelen in het mondzorgplan andere zorgverleners betrokken moeten worden. En benoem dit in het mondzorgplan.
  - Werk bij voorkeur samen met zorgverleners die reeds betrokken zijn bij de patiënt.
  - Neem initiatief om een benodigd specialisme bij de zorg te betrekken indien nodig.
- Bespreek het mondzorgplan met de betrokken zorgverleners die in het mondzorgplan genoemd zijn (zie uitgangsvraag 5).
- Deel met goedkeuring van de patiënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, het mondzorgplan met de behandelend (huis)arts of andere relevante zorgverlener(s).
- Neem bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt betreffende de uitvoering van het mondzorgplan contact op met de behandelend (huis)arts (zie uitgangsvraag 4b).

## Overwegingen

Voor deze vraag was geen literatuur geïdentificeerd die de vraag beantwoordt. Opiniestukken van experts en overzichtsartikelen suggereren dat afstemming en samenwerking van mondzorgverleners met andere zorgverleners van belang is bij het verlenen van mondzorg aan huis voor kwetsbare ouderen (Kossioni, 2018; NICE, 2016)

In sommige situaties is het van belang om andere zorgverleners bij de behandeling te betrekken. De mondzorgverlener heeft een centrale aansturende rol ten opzichte van andere zorgverleners. In welke specifieke situaties afstemming met andere zorgverleners een meerwaarde heeft, kan duidelijk worden wanneer de mondzorgverlener een mondzorgplan opstelt. Een mondzorgplan maakt, indien aanwezig, deel uit van en sluit aan bij het algehele zorgplan.

Bij het opstellen van een mondzorgplan inventariseert de mondzorgverlener de aanwezige problemen in de mond. Per probleem of aandachtspunt wordt er zoveel als mogelijk een SMART doel geformuleerd, dat wil zeggen:

- **Specifiek** - De doelstelling is eenduidig. Beschrijf wie, wat, wanneer en waar doet.
- **Meetbaar** - Beschrijf hoe het resultaat gemeten of geëvalueerd wordt.
- **Acceptabel** - De doelen zijn acceptabel voor de patiënt, mantelzorger of zorgverleners.
- **Realistisch** - Beschrijf een doel dat realistisch is.
- **Tijdsgebonden** - Beschrijf wanneer het doel behaald moet worden.

De doelen uit het mondzorgplan worden cyclisch geëvalueerd en mogelijk aangepast. De recall termijn waarop dit moet gebeuren wordt door de mondzorgverlener bepaald en vastgelegd in het mondzorgplan.

Tevens wordt per probleem of aandachtspunt beschreven welke personen betrokken moeten worden om het beoogde doel te behalen. Mogelijke betrokkenen zijn:

- Andere mondzorgverleners uit de eerste, tweede en derde lijn
- Mantelzorger(s)
- Behandelend (huis)arts
- Specialist ouderengeneeskunde
- (Ouderen)Psychiater
- Verpleegkundig specialist of Praktijk Ondersteuner Huisarts
- Wijkverpleegkundige
- Case manager dementie of Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
- Paramedici: zoals logopedist, ergotherapeut, diëtist
- Psycholoog

Indien andere zorgverleners bij het mondzorgplan betrokken moeten worden, heeft het de voorkeur om te werken met zorgverleners die de patiënt reeds kennen. Daartoe inventariseert de mondzorgverlener welke zorgverleners betrokken zijn en op welk gebied zij betrokken zijn. Bijvoorbeeld wanneer bij een actie die genoemd is in het mondzorgplan een logopedist betrokken moet zijn, is het de aanbeveling dat de mondzorgverlener onderzoekt of er reeds een logopedist betrokken is. Indien dit het geval is, neemt de mondzorgverlener contact op met de desbetreffende logopedist. Wanneer er een zorgverlener bij het mondzorgplan betrokken moet worden die nog niet betrokken is bij de zorg voor de patiënt, neemt de mondzorgverlener het initiatief om deze zorgverlener te betrekken. Daarbij kan het noodzakelijk zijn dat een verwijzing via de behandelend (huis)arts plaatsvindt. Men dient zich ervan bewust te zijn, dat verwijzingen doelmatig moeten zijn. In het geval van verwijzing, neemt de mondzorgverlener of mantelzorger contact op met de behandelend (huis)arts met het verzoek een verwijzing te schrijven voor de betreffende zorgverlener. Steeds meer huisartsen werken met verpleegkundig specialisten (VS) of nurse practitioners (NP). Deze zorgverleners, die vaak in dienst zijn van een huisarts, mogen ook zelfstandig verwijzingen schrijven. Het dient de aanbeveling dat de mondzorgverlener, na goedkeuring van de patiënt dan wel diens wettelijke vertegenwoordiger het mondzorgplan naar de behandelend (huis)arts, VS of NP stuurt. In de NMT-praktijkrichtlijn Horizontale verwijzing (<https://www.knmt.nl/praktijkzaken/bijzondere-doelgroepen/ouderen/praktijkwijzer-kwetsbare-ouderen/kwetsbare-ouderen-3>) (2002) staan alle aspecten die van belang zijn voor een zorgvuldige, professioneel verantwoorde en patiëntvriendelijke verwijzing (KNMT is het toenmalig NMT. Ten tijde van de uitgave van de richtlijn was dit NMT).

De mondzorgverlener bespreekt het mondzorgplan met de betrokken zorgverlener, adviseert en stuurt deze indien nodig aan om de acties die nodig zijn adequaat uit te voeren. Een cyclische evaluatie is ook belangrijk wanneer er andere zorgverleners bij betrokken zijn. Gezien de complexiteit van de geriatrische problematiek in relatie tot de mondgezondheid, verdient het de aanbeveling een tandarts de regierol in de mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen te laten vervullen.

Indien een patiënt niet coöperatief is in de behandeling en er twijfel is over de wilsbekwaamheid kunnen andere zorgverleners worden betrokken om de wilsbekwaamheid te beoordelen. Meer informatie over deze beoordeling is beschreven in uitgangsvraag 4b.

## Onderbouwing

### Literatuursearch en -selectie

De selectiecriteria zijn toegepast op de referenties verkregen uit de zoekactie. In eerste instantie zijn de titel en abstract van de referenties beoordeeld. Hiervan werden tien artikelen

geselecteerd die als volledig artikel zijn beoordeeld. Hiervan werd geen referentie gevonden die voldeed aan de inclusiecriteria.

### Conclusies

Er zijn geen conclusies geformuleerd voor deze vraag.

## Uitgangsvraag 4b

**Uitgangsvraag: Onder welke voorwaarden kan mondzorg worden verleend aan oncoöperatieve en/of wilsonbekwame kwetsbare ouderen?**

Knelpunt: het is onduidelijk onder welke voorwaarden mondzorg aan huis kan worden verleend indien de kwetsbare oudere oncoöperatief is en hoe een mondzorgverlener om moet gaan met wilsonbekwaamheid.

Omdat dit geen klinische vraag is, wordt hier niet gewerkt met een PICO.

### Aanbevelingen

- Het uitgangspunt is dat volwassen patiënten wilsbekwaam zijn, tenzij een ter zake deskundig arts heeft vastgesteld dat de patiënt voor een bepaalde beslissing wilsonbekwaam is.
- Stem het mondzorgplan af met de patiënt en leg de afspraken vast in het zorgdossier.
- Stem het mondzorgplan voor een wilsonbekwame niet alleen met de patiënt af, maar daarnaast ook met de wettelijke vertegenwoordiger en leg de afspraken vast in het zorgdossier.
- Indien een patiënt oncoöperatief gedrag vertoont tijdens een mondonderzoek of behandeling, dient de mondzorg ten alle tijden gestaakt te worden.
  - Bespreek met de patiënt (ook bij wilsonbekwame patiënten) waar de weerstand vandaan komt en overleg of en hoe de mondzorg vervolgd wordt.
  - De keuze van de patiënt wordt altijd gerespecteerd, indien de patiënt wilsbekwaam is.
- Mondzorg voor een wilsonbekwame oncoöperatieve patiënt is alleen mogelijk wanneer aan één van de volgende voorwaarden wordt voldaan:
  - Er is sprake van een ernstig nadeel wanneer de mondzorg niet wordt verleend.
    - Volg het stappenplan van de Wet zorg en dwang (Wzd). Wilsonbekwaamheid op basis van psychiatrische aandoeningen vallen in de Wvggz (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg).
    - Kies voor de minst ingrijpende optie.
  - Er is met de wettelijk vertegenwoordiger en andere betrokken zorgverleners besproken of en hoe het mondzorgplan vervolgd moet krijgen en toestemming verkregen om het (aangepaste) mondzorgplan te vervolgen.
    - Hou hierbij de Wet zorg en dwang aan en leg de gemaakte afspraken vast in het mondzorgplan.
    - Kies voor de minst ingrijpende optie.

### Overwegingen

Het uitgangspunt van mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen is dat iedereen wilsbekwaam is, tenzij een ter zake deskundig arts heeft vastgesteld dat de patiënt voor een bepaalde beslissing wilsonbekwaam is. Leg de uitkomsten van bespreking met andere zorgverleners omtrent de wilsbekwaamheid vast in het mondzorgplan. Neem bij twijfel over de wilsbekwaamheid, nadat toestemming is verkregen van de patiënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger, contact op met de behandelend (huis)arts om de wilsbekwaamheid te laten bepalen. Wanneer geen toestemming wordt verkregen om contact op te nemen met de (huis)arts, moet deze keuze altijd gerespecteerd worden.

Wanneer de indicatie mondzorg aan huis is gesteld wordt een mondzorgplan opgesteld. Bespreek dit mondzorgplan met de patiënt en bij wilsonbekwame patiënten ook met diens wettelijke vertegenwoordiger. Vraag om toestemming aan de patiënt voor uitvoering van het mondzorgplan. Bij



wilsonbekwame patiënten dient toestemming gevraagd te worden aan diens wettelijke vertegenwoordiger en een Wzd-functionaris (zie stappenplan van de Wet zorg en dwang (Wzd)). Wilsonbekwaamheid op basis van psychiatrische aandoeningen vallen in de Wvggz (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg). In sommige gevallen is de wettelijk vertegenwoordiger alleen verantwoordelijk voor de financiën. Toch verdient het de aanbeveling om, onder voorbehoud van toestemming, contact op te nemen met deze persoon. Deze persoon mag echter zonder toestemming van de patiënt niet het zorgdossier inzien.

Het is mogelijk dat de patiënt wilsonbekwaam is op delen van het mondzorgplan. Wanneer dit het geval is, wordt voor die delen van het mondzorgplan toestemming gevraagd aan diens wettelijke vertegenwoordiger en een Wzd-functionaris. Er kan ook sprake zijn van een tijdelijke wilsonbekwaamheid, bijvoorbeeld in het geval van een delier.

Wanneer op (delen van) het mondzorgplan geen toestemming wordt verkregen wordt achterhaald wat de mogelijke reden hiervoor is. Eventueel kan het mondzorgplan worden aangepast zodat er wel toestemming wordt verkregen. Kan er geen consensus worden bereikt en kan er geen toestemming worden verkregen, dan wordt deze beslissing gerespecteerd, tenzij er sprake is van een ernstig nadeel bij onthouden van de behandeling. Wanneer er sprake is van een ernstig nadeel dan dient het stappenplan van de Wet zorg en dwang (Wzd) gevolgd te worden.

Wanneer wordt overgegaan tot uitvoering van het mondzorgplan bij een wilsbekwame of wilsonbekwame patiënt, dient men alert te zijn op signalen van oncoöperatief gedrag bij de patiënt. Het gedrag van de patiënt, zowel verbaal als non-verbaal, is altijd leidend. Verzet, weigering of oncoöperatief gedrag tijdens (delen van) de mondzorg is onvrijwillige zorg. De behandeling dient onmiddellijk gestaakt worden. Bespreek met de patiënt wat de mogelijke redenen zijn van het oncoöperatieve gedrag en of en op welke manier de mondzorg vervolgt kan worden. Het antwoord dient altijd gerespecteerd te worden indien de patiënt wilsbekwaam is. Behandelingen bij een wilsbekwame, oncoöperatieve patiënt zijn strafbaar.

Indien de patiënt wilsonbekwaam is en geen toestemming geeft kan behandeling enkel onder strikte voorwaarden plaatsvinden. De wettelijke vertegenwoordiger, naasten, andere zorgverlener(s) en/of deskundige van andere disciplines dienen betrokken worden om uit te zoeken wat een mogelijke reden is van het verzet, weigering of het oncoöperatief gedrag tijdens (delen van) de mondzorg. Hierbij kan worden onderzocht of er sprake is van niet willen, niet kunnen, of niet begrijpen. Ook kan het helpen om naar de levensgeschiedenis van de patiënt te kijken. Mogelijk zijn daar aanwijzingen te vinden die het gedrag verklaren. Bespreek mogelijke oplossingen of alternatieven en pas deze toe na verkregen toestemming van de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger. Pas, indien nodig, het mondzorgplan hierop aan. Blijft de patiënt oncoöperatief dan moet opnieuw een gesprek plaatsvinden.

Wanneer na het overwegen van de alternatieven zoals hierboven beschreven geen toestemming wordt verkregen van patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger, en onvrijwillige mondzorg de enige optie is, dan geldt de Wet Zorg en Dwang (Wzd). Wilsonbekwaamheid op basis van psychiatrische aandoeningen vallen in de Wvggz. Het stappenplan ( <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorg-voorbeter/media/documents/thema/vrijheidsbeperking/stappenplan-wet-zorg-en-dwang.pdf> ) zorg en dwang conform de Wzd dient gevolgd te worden. Als onvrijwillige zorg thuis verleend wordt, moet daarbij dezelfde procedure gevolgd worden die ook geldt voor verlening van onvrijwillige zorg aan een patiënt die is opgenomen. Betrek een Wzd-functionaris en relevante deskundige zorgverlener(s) bij het besluit om onvrijwillige zorg te verlenen. Wanneer er sprake is van een psychische of psychiatrische aandoening die onder behandeling is van de Geestelijke

Gezondheid Zorg (GGZ), neem dan contact op met de behandelend sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er), (ouderen-)psychiater of specialist ouderengeneeskunde.

Wanneer onvrijwillige mondzorg de enige optie is, worden de volgende zaken afgewogen en in het dossier vastgelegd:

- De noodzaak/ernstig nadeel voor de patiënt dat moet worden bestreden;
- De oorzaak waardoor er sprake is van het oncoöperatief gedrag (bijvoorbeeld hersenschade als gevolg van vasculaire dementie);
- Specificatie van de beoogde onvrijwillige zorg om ernstig nadeel te voorkomen;
- Of er wel/geen toestemming is verkregen van de wettelijke vertegenwoordiger.

Wanneer er ernstig nadeel voor de patiënt dreigt en de wettelijke vertegenwoordiger na overleg met de zorgverlener(s), waaruit blijkt dat onvrijwillige zorg de enige optie is, niet akkoord gaat met de beoogde zorg, dan staat de Wzd toe dat de mondzorgverlener toch de beoogde onvrijwillige mondzorg kan uitvoeren. In dat geval dient eerst overlegt te worden met een (externe) Wzd-functionaris. Wanneer ook de Wzd-functionaris akkoord gaat met het uitvoeren van de onvrijwillige zorg, kan die worden uitgevoerd. De Wzd-functionaris houdt toezicht op de uitvoering onvrijwillige zorg. Zowel de beslissing van de wettelijke vertegenwoordiger als van de Wzd-functionaris moet worden vastgelegd in het dossier. Daarbij zijn de volgende onderwerpen van belang:

- De proportionaliteit (staat de beoogde onvrijwillige zorg in redelijke verhouding tot het doel van de toepassing?).
- De subsidiariteit (wordt de minst ingrijpende zorg ingezet en welke alternatieven zijn overwogen of geprobeerd?).
- Doelmatigheid (bereikt de ingezette onvrijwillige zorg het beoogde doel en duurt het niet langer dan noodzakelijk?).

In geval van nood, dus wanneer een behandeling niet uitgesteld kan worden, kan direct gehandeld worden.

Een verdere uitleg van wils(on)bekwaamheid en (on)coöperatief gedrag is beschreven in bijlage 5. Een stroomschema over (on)coöperatief gedrag is te vinden in bijlage 9.

Let op!

- Vanuit het perspectief van een slechte mondgezondheid kan het nodig zijn in te grijpen, vanuit het perspectief vanuit de patiënt met cognitieve beperkingen is dit niet vanzelfsprekend.
- Iemand met een psychiatrische of psychische aandoening, een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening is niet automatisch wilsonbekwaam.
- Een persoon die wilsbekwaam ter zake is, kan er voor kiezen van mondzorg af te zien (te weigeren).

## Onderbouwing

### Literatuursearch en -selectie

Voor deze uitgangsvraag is niet naar literatuur gezocht. De vraag heeft betrekking op wetgeving en niet op etiologie, therapie of diagnostiek. Het is daarom niet zinvol om een systematische analyse van de literatuur te maken. Wel is er gekeken naar wet- en regelgeving en informatiestukken over wils(on)bekwaamheid.

## Conclusies

Er zijn geen conclusies geformuleerd voor deze vraag.

## Uitgangsvraag 5

**Uitgangsvraag: Hoe kan continuïteit van zorg bevorderd worden bij aan huis gebonden kwetsbare ouderen?**

Uitwerking in PICO

P - Aan huis gebonden kwetsbare ouderen

I - Interventies ter bevordering van continuïteit van zorg

C - Standaard zorg

O - Mondgezondheid, kwaliteit van leven, orale functie, patiënttevredenheid

### Aanbevelingen

- Zorg voor een actueel mondzorgplan en pas deze cyclisch aan op basis van de cognitieve, fysieke en sociale omstandigheden van de patiënt.
  - Wanneer de patiënt niet in staat is om zijn/haar mond zelfstandig dagelijks te reinigen, wegens fysieke of cognitieve beperkingen, zal hulp ingeschakeld moeten worden.
- Bepaal de recall termijn op basis van het mondzorgplan (verlies een patiënt niet uit het oog).
- Beoordeel voor welke doelen in het mondzorgplan andere zorgverleners betrokken moeten worden en benoem dit in het mondzorgplan (zie uitgangsvraag 4a voor informatie over samenwerking met andere zorgverleners).
- Deel met goedkeuring van de patiënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, het mondzorgplan met betrokken mantelzorger(s) en/of zorgverlener(s).

### Overwegingen

Continuïteit van zorg is noodzakelijk om behaalde behandelresultaten te borgen. Dit heeft betrekking op zowel de professionele mondzorg die de mondzorgverlener aanbiedt, als op het dagelijks reinigen van de mond door de patiënt zelf of diens verzorgenden. Een mondzorgverlener draagt in principe de morele verantwoordelijkheid de professionele mondzorg te continueren of de patiënt te verwijzen, wanneer hij of zij de mondzorg zelf niet meer kan leveren, naar een mondzorgverlener met meer ervaring of expertise. Om de mondzorg te continueren is het van belang dat het mondzorgplan te allen tijde actueel is. Hiertoe dient cyclisch geëvalueerd te worden of de doelen uit het mondzorgplan aansluiten bij de cognitieve, fysieke en sociale omstandigheden van de patiënt.

Voor een effectieve continuïteit van mondzorg zijn een helder mondzorgplan en goede communicatie essentieel. De mondzorgverlener diagnosticeert een probleem en formuleert per probleem een doel en beschrijft deze in het mondzorgplan. Per doel wordt beschreven waar de mondzorg plaats zal vinden, welke personen/ zorgverleners betrokken moeten worden, wanneer, waar en door wie de patiënt weer wordt gezien. Om al deze onderwerpen te bespreken wordt aangeraden om de doelen SMART te formuleren, dat wil zeggen:

- **Specifiek** - De doelstelling is eenduidig. Beschrijf wie, wat, wanneer en waar doet.
- **Meetbaar** - Beschrijf hoe het resultaat gemeten of geëvalueerd wordt.
- **Acceptabel** - De doelen zijn acceptabel voor de patiënt, mantelzorger of zorgverleners.
- **Realistisch** - Beschrijf een doel dat realistisch is.
- **Tijdsgebonden** - Beschrijf wanneer het doel behaald moet worden.

Wanneer het mondzorgplan wordt opgesteld of aangepast, is het van belang om aandacht te besteden aan de wensen van de patiënt zelf en wat de patiënt wel of niet zelfstandig kan doen. Is de patiënt in staat het gebit zelfstandig dagelijks te reinigen? Is de patiënt bereid en of in staat de adviezen van de mondzorgverlener op te volgen? Verwijs de patiënt naar informatie over

zelfzorg ( [www.allesoverhetgebit.nl/alles-over-mondgezondheid/tips-voor-een-gezond-gebit/mondzorg-voor-ouderen](http://www.allesoverhetgebit.nl/alles-over-mondgezondheid/tips-voor-een-gezond-gebit/mondzorg-voor-ouderen) ) Als de patiënt beperkingen ervaart bij zelfzorg, dan kunnen mantelzorgers of andere zorgverleners betrokken worden om de patiënt te ondersteunen. Zorg dat de mantelzorger of zorgverlener informatie krijgt over mondverzorging door derden. Overweeg de mantelzorger of zorgverlener hierin te trainen. Nadere informatie voor niet-mondzorgverleners is te vinden op Kennisplein Zorg voor beter ([www.zorgvoorbeter.nl/mondzorg/mondverzorging/poetsinstructie](http://www.zorgvoorbeter.nl/mondzorg/mondverzorging/poetsinstructie)). Wees ervan bewust dat sommige mantelzorgers veel taken hebben en de taak voor mondzorg er niet zomaar bij kan. In enkele gevallen zijn mantelzorgers overbelast. In dat geval kan ook een zorgverlener worden gevraagd. Zie ook Kwetsbare ouderen thuis handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk. [www.beteroud.nl/nieuws/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis](http://www.beteroud.nl/nieuws/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis) (Wind, 2019).

Nazorg en het bepalen van de recall termijn, is een belangrijk onderdeel van de mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare patiënten. Deze patiëntengroep zal niet snel aan de bel trekken bij klachten of complicaties. Verlies de patiënt daarom na consultaties en of behandeling niet uit het oog.

Heldere communicatie over het mondzorgplan met de patiënt en eventueel met de mantelzorg(s) en of zorgverlener(s) maakt duidelijk wat ieders taak is. Hierbij kan worden stil gestaan bij de aanwezige risico's voor de patiënt, zoals progressie van parodontitis of een hoog (wortel) cariësrisico, op welke wijze goede mondverzorging kan bijdragen risico's voor negatieve gezondheidsuitkomsten te verkleinen en op welke signalen zij kunnen letten. Door het mondzorgplan te bespreken zal er meer begrip komen voor het mondzorgplan en zal er meer belang gehecht worden aan het uitvoeren van het mondzorgplan. Zie verder uitgangsvraag 4a, over samenwerking met andere zorgverleners.

Andere zorgverleners kunnen een belangrijke rol spelen in het monitoren dan wel ondersteunen van de mondgezondheid bij aan huis gebonden kwetsbare patiënten en waar nodig een consult aanvragen bij de mondzorgverlener. Het screeningsinstrument van De Mond Niet Vergeten ([171018-Screenings-verwijsinstrument.pdf](http://171018-Screenings-verwijsinstrument.pdf) ([demondniestvergeten.nl](http://demondniestvergeten.nl))) kan voor zorgverleners buiten de mondzorg, zoals thuiszorgmedewerkers, wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners van de huisartsenpraktijk (POH) en mantelzorgers, behulpzaam zijn bij het monitoren van de mondgezondheid. Ook de *Oral Health Assessment Tool* (OHAT) is hiervoor geschikt, dit instrument is meer gedetailleerd. (Chalmers, 2004) Overweeg deze instrumenten in te zetten, om de continuïteit van zorg te verbeteren.

## Onderbouwing

### Literatuursearch en -selectie

De selectiecriteria zijn toegepast op de referenties verkregen uit de zoekactie. In eerste instantie zijn de titel en abstract van de referenties beoordeeld. Hiervan werd geen referentie gevonden die voldeed aan de inclusiecriteria.

## Conclusies

Er zijn geen conclusies geformuleerd voor deze vraag.

## Bijlage 1. Literatuursearch

Database: Medline

Zoekdatum: 1946 tot 22 november 2019

Zoekstrategie:

- 1 "Preference for dentist's home visits among older people".fc\_titl. (1)
- 2 "Barriers to and enablers of older adults' use of dental services".fc\_titl. (1)
- 3 "Oral health, general health, and quality of life in older people".fc\_titl. (1)
- 4 "Using the GOHAI to assess oral health status of frail homebound elders".fc\_titl. (1)
- 5 "Enhanced oral care and health outcomes among nursing facility residents".fc\_titl. (1)
- 6 "Dental service utilization by independently dwelling older adults in Manitoba".fc\_titl. (1)
- 7 "Oral health status, dental treatment needs, and barriers to dental care of elderly care home".fc\_titl. (1)
- 8 "Factor analysis on implementation of domiciliary dental care in Metropolitan Tokyo".fc\_titl. (1)
- 9 "Provision of domiciliary dental care by Scottish dentists: a national survey".fc\_titl. (1)
- 10 "Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach".fc\_titl. (1)
- 11 "Oral health in the elderly patiënt and its impact on general well-being".fc\_titl. (2)
- 12 or/1-11 (12)
- 13 "at home".tw. (45857)
- 14 "at home".kf. (184)
- 15 Domiciliary.tw. (2560)
- 16 Domiciliary.kf. (66)
- 17 Oral Health/ (15527)
- 18 exp Mouth Diseases/ (292794)
- 19 dental auxiliaries/ or dental assistants/ or dental hygienists/ or denturists/ (11148)
- 20 Dentists/ (17617)
- 21 Practice Patterns, Dentists'/ (2278)
- 22 (dentist? or (dental adj2 practic\*)).tw. (42729)
- 23 (dentist? or (dental adj2 practic\*)).kf. (1004)
- 24 (dental adj3 (hygienis\* or assistan\*)).tw. (4041)
- 25 (dental adj3 (hygienis\* or assistan\*)).kf. (273)
- 26 dental health services/ or dental care/ or dental care for aged/ or dental care for chronically ill/ or dental care for disabled/ (32513)
- 27 (dental adj2 (service or care)).tw. (14980)
- 28 (dental adj2 (service or care)).kf. (801)
- 29 Home Care Services/ (32782)
- 30 ((home or community or domicil\*) adj3 care).tw. (46312)
- 31 ((home or community or domicil\*) adj3 care).kf. (2706)
- 32 community health services/ or health services for the aged/ (47462)
- 33 (servic\* adj2 aged).tw. (512)
- 34 (servic\* adj2 aged).kf. (8)
- 35 or/29-34 (109229)=thuis zorg
- 36 or/19-28 (91858)=tandzorg or zorg van tandarts of hygienist
- 37 Ambulatory Care/ (42066)
- 38 Ambulatory.tw. (75832)

- 39 Ambulatory.kf. (3431)
- 40 13 or 14 or 15 or 16 or 37 or 38 or 39 (153498)
- 41 35 and 36 and 40 (121)= thuis
- 42 (oral or dental or tooth or teeth or denture or mouth).tw. (901002)
- 43 (oral or dental or tooth or teeth or denture or mouth).kf. (83741)
- 44 17 or 18 or 42 or 43 (1101348)
- 45 35 and 44 and 40 (422)= aanvulling
- 46 Independent Living/ (4941)
- 47 ((independent adj2 living) or (age adj3 place) or (community adj2 dwelling)).tw. (26843)
- 48 aged/ or "aged, 80 and over"/ or frail elderly/ (3018539)
- 49 elderly.tw,kf. (239804)
- 50 geriatr\*.tw,kf. (62645)
- 51 gerontolog\*.tw,kf. (7012)
- 52 aging/ or cognitive aging/ (224599)
- 53 Frailty/ (1791)
- 54 (aged or old or frail\* or dement\* or parkinson\* or alzheimer\*).tw,kf. (1786787)
- 55 ((older adj2 people) or senior?).tw,kf. (66202)
- 56 (aged or dependent?).tw,kf. (1921231)
- 57 or/46-56 (5810890)= kwetsbare of huisgebonden ouderen
- 58 45 and 57 (231)
- 59 58 not 41 (151) aanvulling + kwetsbare of huisgebonden ouderen

Database: Cinahl  
Zoekdatum: 26 november 2019  
Zoekstrategie

#	Query	Results
S33	S32 NOT S31	100
S32	S1 AND (S18 OR S19 OR S20)	117
S31	S26 AND S30	34
S30	S27 OR S28 OR S29	967,983
S29	(MH "Frailty Syndrome")	1,705
S28	(MH "Aged+")	746,159
S27	TI ( (aged or old or frail* or dement* or parkinson* or alzheimer*) ) OR AB ( (aged or old or frail* or dement* or parkinson* or alzheimer*) ) OR TI ( ((older N2 people) or senior*) ) OR ( ((older N2 people) or senior*) )	348,286
S26	S24 AND S25	128
S25	S6 OR S7	14,817
S24	(S19 OR S20) AND (S22 AND S23)	3,545
S23	S19 OR S20	123,803
S22	S9 AND S21	16,589
S21	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20	584,534
S20	TI Domiciliary OR AB Domiciliary OR TI homebound OR AB homebound	1,276
S19	TI ( at home or home care ) OR AB ( at home or home care )	123,152
S18	TI ( ((home or community or domicil*) N3 care ) ) OR AB ( ((home or community or domicil*) N3 care ) )	42,589
S17	TI ( ((independent N2 living) or (age N3 place) or (community N2 (dwelling or living))) ) OR AB ( ((independent N2 living) or (age N3 place) or (community N2 (dwelling or living))) )	20,906
S16	(MH "Community Living+")	17,552
S15	TI Ambulatory OR AB Ambulatory	21,161
S14	(MH "Ambulatory Care")	10,887
S13	(MH "Health Services for the Aged")	6,122
S12	(MH "Community Health Services+")	383,115
S11	( ((home or community or domicil*) N3 care ) ) OR AB ( ((home or community or domicil*) N3 care ) )	185,975
S10	(MH "Home Health Care+")	42,098
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	217,769
S8	(MH "Practice Patterns")	12,141
S7	(MH "Dental Hygienists")	6,317
S6	(MH "Dentists+")	9,130
S5	TI ( (oral or dental or tooth or teeth or denture or mouth) ) OR AB ( (oral or dental or tooth or teeth or denture or mouth) )	175,289
S4	(MH "Mouth Diseases+")	52,326
S3	(MH "Oral Health")	10,619
S2	(MH "Dental Health Services+")	16,684
S1	(MH "Dental Care for Aged")	1,003

## Bijlage 2. Tabellen met studiekarakteristieken

### Studiekarakteristieken uitgangsvraag 1

Ishimaru, 2019						
Studie karakteristieken	Patiënt karakteristieken	Interventie (I)	Controle (C)	Factoren onderzocht	Uitkomsten en effectmaten	Opmerkingen
<p><u>Studiedesign:</u> Retrospectieve nested patiënt-controle studie</p> <p><u>Setting:</u> Mondzorg aan huis</p> <p><u>Land:</u> Japan</p> <p><u>Gefinancierd door:</u> Subsidies van het Ministerie van Gezondheid, Arbeid en Welzijn in Japan, het ministerie van Educatie, Cultuur, Sport, Wetenschap en Technologie en de Japanse organisatie voor Onderzoek en ontwikkeling. De subsidieverstrekkers hadden behalve de financiering, geen rol bij de studie.</p>	<p><u>Inclusiecriteria:</u> Personen vanaf 65 jaar oud, met een LTC-verzekering, zorgbehoevenden niveau <math>\geq 1</math> nodig en woonachtig in eigen huis of een groepswooning wonen.</p> <p><u>Exclusiecriteria:</u> Personen met zorgbehoefte niveau 0 of die in verpleeghuis woonden.</p> <p><u>N totaal op baseline:</u> Interventie: 237030 Controle: 237030</p> <p><u>Belangrijke prognostische factoren (gelijk in I en C):</u> <u>Leeftijd (%)</u>: &lt;71: 14931 (6,3%) 71-80: 59719 (25,2%) 81-91: 120761 (50,9%) &gt;91: 41619 (17,6%)</p> <p><u>Afhankelijkheidsniveau n (%)</u>: Interventiegroep 1: 46012 (19,4%) 2: 56201 (23,7%) 3: 51260 (21,6%) 4: 46691 (19,7%) 5: 36866 (15,6%)</p>	Ten minste eenmaal mondkundige zorg aan huis	Controle patiënten met dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht, maar zonder registratie van de ontvangen van mondzorg aan huis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgbehoefte*</li> <li>• Dementie</li> <li>• Vrijstelling van eigen risico</li> <li>• Woonsituatie</li> <li>• Gemiddeld inkomen van het woongebied**</li> <li>• Aantal mondzorgpraktijken dat thuiszorg verleent per 100.000 inwoners van de gemeente</li> <li>• Bezoek van artsen</li> <li>• Bezoek van langdurige zorgverleeners</li> <li>• Bezoek van verpleegkundigen</li> <li>• Hulp bij douchen</li> <li>• Revalidatieniveau</li> <li>• Thuiszorg</li> <li>• Verhuur van zelfzorg middelen</li> </ul>	<p><u>Resultaten voor personen met zorgbehoefte 3 t/m 5 RR en 95% BI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgbehoefte niveau 4 versus 3: 1,27 (1,25-1,30)</li> <li>• Zorgbehoefte niveau 5 versus 3: 1,40 (1,37-1,44)</li> <li>• Dementie: 0,87 (0,85-0,89)</li> <li>• Vrijstelling van eigen risico 1,26 (1,22-1,30)</li> <li>• Woonsituatie zelfstandig versus met familieleden: 0,75 (0,72-0,79)</li> <li>• Woonsituatie in een woongroep versus met familieleden: 6,15 (5,94-6,37)</li> <li>• Gemiddeld inkomen van het woongebied niveau 7 versus niveau 8: 1,83 (1,78-1,88)</li> <li>• Gemiddeld inkomen van het woongebied niveau 4 versus niveau 8: 4,17 (3,98-4,36)</li> </ul>	<p>* zorgbehoefte is 1 is het minste afhankelijk van zorg van anderen. Zorgbehoefte 5 is het meest afhankelijke van zorg van anderen.</p> <p>** niveau 8 is het laagste niveau en het laagste gemiddelde inkomen. Niveau 1 is het hoogste niveau en het hoogste gemiddelde inkomen.</p>



	<p>Controlegroep  1: 75327 (31,8%)  2: 70731 (29,8%)  3: 43484 (18,3%)  4: 29033 (12,2%)  5: 18455 (7,8%)  1= minst afhankelijk  5= meest afhankelijk</p> <p><u>Prevalentie dementie:</u>  I: 31,7%  C: 24,8%</p> <p><u>Woonachtig met familie:</u>  I: 54,4%  C: 80,1%</p> <p><u>Woonachtig in woon-  groep:</u>  I: 39,9%  C: 10,3%</p> <p>De groepen waren <i>gematched</i> op leeftijd en geslacht. Kwetsbaarheid is bij de patiënten (I) duidelijker dan bij de controlegroep (C).</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemiddeld inkomen van het woongebied niveau 1 versus niveau 8: 4,17 (3,98-4,36)</li> <li>• 2,7-4.3 mondzorgpraktijken die thuiszorg verlenen per 100.000 inwoners van de gemeente versus &lt;2,7: 1,49 (1,46-1,53)</li> <li>• Bezoek van artsen: 2,55 (2,50-2,61)</li> <li>• Bezoek van langdurige zorgverleners: 1,65 (1,62-1,69)</li> <li>• Bezoek van verpleegkundigen: 1,26 (1,23-1,29)</li> <li>• Hulp bij douchen: 1,06 (1,02-1,10)</li> <li>• Poliklinische revalidatie versus geen revalidatie: 0,91 (0,89-0,94)</li> <li>• Revalidatie aan huis versus geen revalidatie: 1,36 (1,30-1,43)</li> <li>• Thuiszorg: 1,01 (0,99-1,04)</li> <li>• Verhuur van zelfzorg middelen: 1,45 (1,41-1,49)</li> </ul>	
--	---	--	--	--	--	--

Wu, 2007						
Studiekaracteristieken	Patiënt karakteristieken	Interventie (I)	Controle (C)	Factoren onderzocht	Uitkomsten en effectmaten	Opmerkingen
<p><u>Studiedesign:</u> Retrospectief cohort onderzoek</p> <p><u>Setting:</u> Mondzorg aan huis</p> <p><u>Land:</u> Verenigde Staten van Amerika</p> <p><u>Gefinancierd door:</u> Niet beschreven</p>	<p><u>Inclusiecriteria:</u> Personen met een tandbeen (d.w.z. die met minstens 1 tand), 60 jaar en ouder, een cognitieve test hadden ondergaan en minstens 1 mondeling gezondheidsonderzoek hadden afgelegd.</p> <p><u>Exclusiecriteria:</u> Edentate individuen (d.w.z. die zonder tanden)</p> <p><u>N totaal op baseline:</u> Interventie: 1984</p> <p><u>Belangrijke prognostische factoren (SE):</u> Gemiddelde leeftijd: 70,22 (0,31) Geslacht: 54,58% vrouw (0,91) Diabetes: 12,7% (0,8) Hartziekten: 17,51% (1,34) ADL range 0-8: 0,8% (0,04) Aangetaste elementen range 0-28: 0,43 (0,05) Missende elementen range 0-28: 8,25 (0,23) Periodontitis: 10,97% (1,84)</p>	<p>Cognitief functioneren werd onderzocht met de <i>Digit Symbol Substitution Test (DSST)</i>. Deze test beoordeelt voornamelijk psychomotorische prestaties, maar aanhoudende aandacht, reactiesnelheid, visuomotorische coördinatie en incidenteel geheugen droegen allemaal bij aan de prestaties van deze maat. Het individu gebruikt een visuele sleutel die onzinnige symbolen in combinatie met cijfers 1 tot en met 9 weergeeft om het juiste symbool in te vullen in een reeks kleine lege vierkanten die elk gepaard gaan met een willekeurig toegewezen nummer.</p> <p>De score varieert van 0 tot 133 punten en wordt berekend door het totaal van de correct ingevulde vierkanten op te tellen. De DSST is zeer gevoelig voor elk type hersendisfunctie en onderscheidt goed tussen lichte dementie en normale cognitie. Gebaseerd op de DSST score werden respondenten ingedeeld in vijf groepen: groep 1 (lager dan het 5<sup>e</sup> percentiel), groep 2 (5<sup>e</sup> tot 14<sup>e</sup> percentiel), groep 3</p>	<p>Er was geen controlegroep. Binnen het cohort werden groepen gemaakt op basis hun cognitieve functie.</p>	<p>Sociodemografie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- leeftijd (gemeten in jaren),</li> <li>- geslacht (vrouw = 1),</li> <li>- burgerlijke staat</li> <li>- etniciteit</li> <li>- onderwijsniveau</li> <li>- inkomen</li> <li>- dekking voor tandartsverzekering</li> </ul> <p>Lichamelijke gezondheidsproblemen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- functionele beperking gedefinieerd als zelf gerapporteerde beperkingen van dagelijkse activiteiten (eten, aankleden, lopen en in en uit bed stappen) en instrumentele dagelijkse activiteiten (geld beheren, huishoudelijke taken doen, maaltijden bereiden en winkelen).</li> <li>- aanwezigheid van een van de volgende medische aandoeningen: diabetes, hartziekte (d.w.z. congestief hartfalen, coronaire hartziekte, angina pectoris of hartaanval), hoge bloeddruk, beroerte, artritis en longziekte (d.w.z. astma,</li> </ul>	<p><u>Resultaten voor meest recent bezoek aan mondzorgpraktijk RR en 95% BI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DTSS categorie: 1,13 (1,26)</li> <li>• Aantasting van de elementen*: 0,72 (0,65-0,80)</li> <li>• Missende elementen: 0,97 (0,96-0,98)</li> <li>• Hyposalvia: 1,43 (1,19-1,72)</li> <li>• Generieke monden elementconditie: 1,34 (1,16-1,55)</li> <li>• Pijn aan elementen: 1,73 (1,10-2,74)</li> </ul>	<p>* 1=slecht en 4=gezond</p>

		(15e tot 24e percentiel), groep 4 (25e tot 49e per- centiel) en groep 5 (50e percentiel en hoger).		emfyseem of chronische bronchitis. Gezondheidsgedragingen - roken - alcohol gebruik - lichamelijke activiteit - status van de mondge- zondheid		
--	--	---	--	---	--	--

## Bijlage 3. GRADE Evidence profielen

### Uitgangsvraag 1.

Setting: Extramuraal (thuis)

Literatuur: Ishimaru, 2019 en Wu, 2007

Certainty assessment							Impact	Bewijskracht
Aantal studies	Studie-opzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere factoren		
2	observati- onele studies	ernstig <sup>a</sup>	niet ernstig	zeer ernstig <sup>b</sup>	niet ernstig	niet gevonden	Verschillende factoren tonen een statisch significante relatie met het verlenen van mondzorg aan huis. De bewijskracht is zeer laag. Er is onvoldoende bewijs om exact te kunnen stellen voor welke patiënten mondzorg aan huis geïndiceerd is.	⊕○○○ ZEER LAAG

#### Toelichtingen

- Het is onduidelijk of de getoetste variabelen prospectief of retrospectief geselecteerd zijn.
- Het bewijs is afkomstig uit Japan, waar het gezondheidssysteem en de maatschappij anders is dan in Nederland. Dit kan effect hebben op de resultaten. Ook zijn de resultaten relatief gedateerd.

## Bijlage 4. Voorbeeld van werkinstructie handheld röntgen-toestel

Deze werkinstructie bestaat uit de onderdelen ‘beheer’ en ‘gebruik’.

### Beheer

- Het toestel wordt bewaard in een kast in afgesloten ruimte met toegangsbeheer.
- Leg vast welke personen gerechtigd zijn het toestel vrij te geven voor gebruik en wie gerechtigd zijn het toestel te gebruiken.
- Voor vrijgave van het toestel vindt controle plaats of de beoogd gebruiker toestelinstructie heeft gehad.
- Gebruiker noteert op de bij het toestel aanwezige aftekenlijst de datum en naam gebruiker, plus handtekening, bij inname wordt opnieuw handtekening geplaatst.
- Het toestel wordt verpakt in de daartoe bestemde koffer naar de plaats van gebruik gebracht.
- Tijdens het gebruik zijn voor de operateur geen persoonlijke beschermingsmiddelen in de zin van stralingsdosis reducerende middelen noodzakelijk.
- Na afloop van het gebruik retourneert gebruiker het toestel en zorgt ervoor dat (indien nodig) de batterij van het toestel weer opgeladen wordt.
- Na inlevering tekent gebruiker de kolom “handtekening in” op de aftekenlijst.

### Gebruik

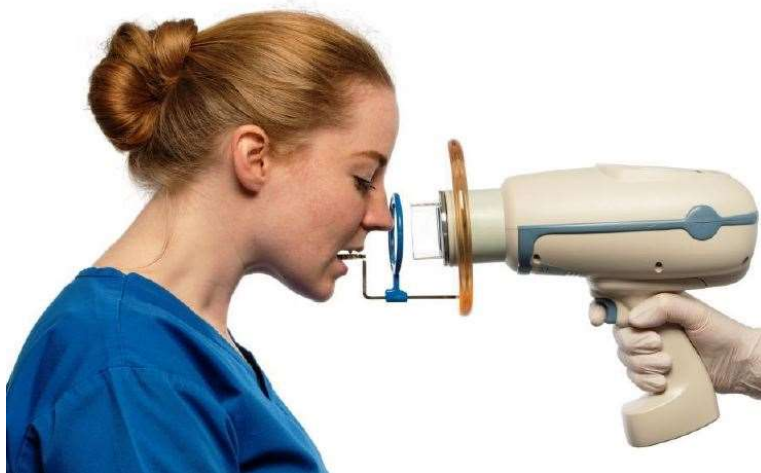
- Middels de aan/uit knop bovenop het toestel wordt het toestel aangezet. Gebruiker controleert de batterijstatus.
- De juiste belichtingstijd wordt geselecteerd voor de voorgenomen opname.
- De stralingsdetector wordt op de juiste positie in de mond van de patiënt geplaatst, bij voorkeur met behulp van richt/instelapparatuur.
- Patiënt wordt gevraagd hoofd zodanig te kantelen dat het toestel horizontaal wordt gehouden (i.v.m. effectiviteit stroostralingsschild) zie:
  - Figuur 1. Angulatie van het hoofd van de patiënt bij opname zijdelingse delen bovenkaak
  - Figuur 2. Positie hoofd patiënt bij bitewing opname
  - Figuur 3. Angulatie hoofd patiënt bij opname bovenfront
- De toestel wordt uitgelijnd met de richtapparatuur, het stroostralingsschild bevindt zich zo dicht mogelijk bij de huid van de patiënt. Operateur bevindt zich achter het toestel.
- De afdrukknoop wordt geactiveerd waardoor straling wordt geproduceerd en de opname gemaakt.



*Figuur 1. Angulatie van het hoofd van de patiënt bij opname zijdelingse delen bovenkaak*



*Figuur 2. Positie hoofd patiënt bij bitewing opname*



*Figuur 3. Angulatie hoofd patiënt bij opname bovenfront*

## Bijlage 5. Nadere toelichting op wils(on)bekwaamheid en (on)coöperatief gedrag

Patiënten die cognitief gezond zijn kunnen zelf instemmen met de voorgestelde mondzorg zoals die vastgelegd is in het mondzorgplan. Deze patiënten hebben volledige zelfbeschikking over het eigen leven (autonomie) (Hendriks, 2008). De patiënt heeft het recht mondzorg af te wijzen. Dit weigeren moet te allen tijde worden gerespecteerd. De dimensie keuzevrijheid bij zelfbeschikking biedt patiënten de mogelijkheid om eigen keuzes te maken. De patiënt is vrij om het leven zelf vorm te geven op basis van eigen redenen, doelen en plannen. Zelfbeschikking betekent in dit geval een overwogen keuze die wordt gemaakt door de patiënt, waarbij de mondzorgverlener ondersteunend is. De gezondheidssituatie kan dusdanig zijn dat op bepaalde aspecten van het leven geen volledige zelfbeschikking meer kan worden uitgeoefend. Hierdoor kan een patiënt met cognitieve beperking ter zake wilsbekwaam worden verklaard (Doorn, 2009).

Wils(on)bekwaamheid is een contextafhankelijk begrip. De patiënt moet namelijk in staat zijn tot een redelijke waardering ter zake. Het waarderen van een complexe situatie stelt hogere eisen aan het vermogen om informatie te begrijpen en (logisch) te beredeneren dan een relatief eenvoudige situatie. De aard van de situatie heeft echter niet alleen invloed op de mate waarin een bepaalde vaardigheid, zoals begripsvermogen, nodig is. De context heeft ook invloed op het type vaardigheid dat nodig is. Zo kan de informatie niet complex zijn, maar een beslissing wel ernstige gevolgen hebben. Wilsbekwaamheid zal dan vooral afhangen van het besef en de waardering van de informatie en minder van het begripsvermogen. Daarnaast kan men in het algemeen stellen dat de vereisten van beslissvaardigheid hoger zijn bij het instemmen met ingrijpende en belastende ingrepen en bij weigering van behandelingen die levensreddend zijn of waarbij de risk-benefit ratio zeer gunstig is. Het gaat er dan niet om of de beslissing goed genoeg is, maar of de beslissvaardigheid goed genoeg is gezien de ernst van de situatie. Tenslotte is het oordeel over de wilsbekwaamheid – vooral in grensgevallen – altijd een resultaat van een afweging van waarden. Als zelfbeschikking sterk gewaardeerd wordt, zal de balans eerder doorslaan naar wilsbekwaamheid dan wanneer veel waarde gehecht wordt aan de bestwil van de patiënt. Het is daarom van groot belang om bij ingrijpende tandheelkundige beslissingen de invloed van deze afweging transparant te maken. De mondzorgverlener doet dat – bij voorkeur samen met een ter zake deskundig arts – door zo zorgvuldig en concreet mogelijk de beslissvaardigheid te beoordelen, te registreren en door belangrijke betrokkenen te laten toetsen. (Verheul, 2019)

Aanleidingen voor de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid:

- Weigering van noodzakelijk geachte mondzorg.
- Twijfel of toestemming weloverwogen wordt gegeven bij ingrijpende of belastende (tandheelkundige) verrichtingen met een ongunstige verhouding tussen voordeel en risico voor de patiënt.

Vragen kunnen dan zijn:

- Wat is de huidige medische conditie en de prognose?
- Welke behandelbeslissing ligt voor?
- Hoe reageerde de patiënt op het behandelplan of mondzorgplan?
- Begrijpt de patiënt het behandelplan of mondzorgplan en kan de patiënt een goede afweging of inschatting maken van de geboden mondzorg?

- Welke context is van belang? Denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van een steunsysteem, ondersteuning, begeleiding of toezicht tijdens de mondzorg.
- Is er een wilsbeschikking aanwezig?

Bij wilsonbekwaamheid ter zake neemt de wettelijke vertegenwoordiger de beslissing en geeft al dan niet toestemming om de mondzorg te geven zoals vermeld in het mondzorgplan.

Een (wettelijk) vertegenwoordiger van een patiënt is pas bevoegd de belangen van de patiënt te behartigen wanneer een daartoe deskundige, overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen, heeft beslist dat de patiënt wilsonbekwaam ter zake is (artikel 3 Wzd). Dat betekent dat iedere patiënt in beginsel zelf beslissingen over de in het zorgplan op te nemen zorg (en bijvoorbeeld over medische of tandheelkundige behandelingen) mag nemen, ook wanneer de patiënt onder curatele staat of er ten behoeve van de patiënt een mentorship is ingesteld. Wanneer er door zorgverleners of de naasten wordt getwijfeld aan de wilsbekwaamheid ter zake van de patiënt (bijvoorbeeld als het mondzorgplan moet worden opgesteld of wordt heroverwogen) moet de wilsbekwaamheid van de patiënt worden getoetst door een daartoe aangewezen deskundige. Toetsing kan niet eenmalig plaatsvinden. Bij wijzigingen in de situatie van de patiënt of wanneer zich opnieuw twijfel aan de wilsbekwaamheid voordoet, moet de wilsbekwaamheid opnieuw worden getoetst.

Voor wat moet worden verstaan onder 'wilsonbekwaam ter zake' sluit de Wzd aan bij de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo): de patiënt kan in geval van wilsonbekwaamheid niet in staat worden geacht tot een redelijke waardering van zijn/haar belangen ter zake van een beslissing die hem/haar treft. Dat betekent dat voor het bepalen van de wils(on)bekwaamheid van belang is:

- Of de patiënt zelf een beslissing kan nemen;
- En of de patiënt de gevolgen en de consequenties van die beslissing (waaronder eventueel ernstig nadeel) kan overzien.

Artikel 3 bevat een procedure voor het toetsen van de wilsbekwaamheid:

1. Voordat de (door de zorgverlener aangewezen) deskundige een beslissing neemt over de wilsbekwaamheid overlegt de deskundige met de vertegenwoordiger van de patiënt. Dit overleg is gericht op het bereiken van overeenstemming.
2. Wanneer tijdens het onder ad 1. genoemde overleg onverhoopt geen overeenstemming wordt bereikt mag de beslissing genomen worden door een wel bij de zorg betrokken arts.

De mondzorgverlener moet in het mondzorgplan laten zien op welke wijze de deskundige en/of de bij de zorg betrokken arts tot de beslissing is gekomen. Daarvoor moet de mondzorgverlener in ieder geval in het mondzorgplan vastleggen:

- Wat de (uiteindelijke) beslissing over de wilsbekwaamheid van de patiënt is;
- Ter zake op welke beslissing de wils(on)bekwaamheid getoetst is;
- De datum en het tijdstip van de beslissing;
- En of met de vertegenwoordiger overeenstemming is bereikt.

Wanneer vastgesteld is dat een patiënt wilsonbekwaam ter zake is, komen achtereenvolgens de volgende personen in aanmerking om als vertegenwoordiger van de patiënt op te treden:

- Wettelijk vertegenwoordiger (een curator of mentor);
- Een schriftelijk gemachtigde;
- Echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel;
- Ouder, kind, broer, zus, grootouder, kleinkind.



Zorgverleners moeten vertegenwoordigers informeren over hun rechten en bevoegdheden op grond van de Wzd. Verder moeten zorgverleners ervoor zorgen dat patiënten die binnen het toepassingsbereik van de Wzd vallen een vertegenwoordiger hebben die voor hen kan optreden als dat nodig is. Wanneer er nog geen vertegenwoordiger is en daarvoor in aanmerking komende personen (zoals hiervoor opgesomd) niet bereid zijn als vertegenwoordiger op te treden of daar niet toe in staat zijn, dan moet de zorgverlener bij de rechtbank een verzoek tot benoeming van een mentor indienen. Het is op dit moment (mei, 2020) niet duidelijk of onder een zorgverlener ook een mondzorgpraktijk wordt bedoeld.

### Onvrijwillige zorg in het kader van de Wet zorg en dwang

Onvrijwillige mondzorg kan alleen aan de orde zijn wanneer de patiënt of de vertegenwoordiger (van een wilsonbekwame patiënt) zich verzet tegen mondzorg of de mondzorg geheel weigert. Alle betrokken zorgverleners dienen alert te zijn op verzet van de patiënt, verzet serieus te nemen, verzet op waarde te schatten en zo nodig de zorgverantwoordelijke daarover te informeren. Voor mondzorg is de zorgverantwoordelijke meestal de tandarts.

Verzet wordt in de Wzd niet gedefinieerd. Uit de toelichting op de wet kan wel worden opgemaakt dat het beeld van verzet van een patiënt compleet is wanneer duidelijk is:

- Dat het gedrag een protest inhoudt (de aard van het verzet);
- Waartegen het verzet is gericht (de richting van het verzet);
- Welke redenen de betrokkene heeft om zich te verzetten (de achtergrond van het verzet).

Wanneer dit beeld (nog) niet compleet is kunnen interpretaties van anderen die al een langere zorgrelatie met de patiënt hebben of de naasten van de patiënt het beeld compleet maken. Verzet moet in ieder geval worden gesignaleerd bij gedrag dat duidelijk afwijkt van het bekende gedragsrepertoire en het bij de beperking of dementie passende gedrag. Wanneer het gedrag bijvoorbeeld met enige consistentie wordt vertoond zal verzet moeten worden gesignaleerd. Dat betekent niet dat alle momenten waarop het gedrag (even) afwijkt onmiddellijk hoeven te worden aangemerkt als zorg waartegen de patiënt zich verzet. Soms verdient een houding van (actief) wachten de voorkeur, omdat de mondzorg mogelijk op een later moment vrijwillig kan worden verleend. Wanneer er sprake is van 'mondzorg waartegen de patiënt zich verzet' en er wordt (nog) niet voldaan aan de voorwaarden voor onvrijwillige zorg dan kan/kunnen de vorm(en) van mondzorg waartegen verzet wordt uitgeoefend niet worden voortgezet. Dat is anders in een onvoorziene of noodsituatie. Ten slotte is van belang dat verzet van de patiënt altijd leidend is. Dat houdt in dat het verzet van de patiënt doorslaggevend is en dat daaraan gevolg moet worden gegeven, ook in die gevallen waarin de patiënt wilsonbekwaam ter zake is en de vertegenwoordiger instemt met een vorm van zorg waartegen de patiënt zich verzet. De mondzorg waartegen het verzet van de patiënt zich richt mag dan alleen nog worden toegepast indien wordt voldaan aan de voorwaarden voor het toepassen van onvrijwillige zorg. Het verzet van de patiënt gaat voor de instemming van de vertegenwoordiger, ook als de patiënt wilsonbekwaam ter zake is. Als een patiënt wilsbekwaam ter zake is, wordt aan het verzet van een (wettelijk)vertegenwoordiger in de Wzd geen waarde toegekend, tenzij het om een minderjarige tussen de twaalf en zestien jaar gaat.

Voordat toepassing van onvrijwillige zorg geschiedt, moet er eerst sprake zijn van een 'aanzienlijk risico op ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van de patiënt als gevolg van

zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking' (artikel 1 lid 2 Wzd). Anders gezegd: er moet zich in een bepaalde situatie ernstig nadeel voordoen of een aanzienlijk risico daarop bestaan.

De Wzd onderscheidt verschillende situaties waarin sprake is van ernstig nadeel:

- Levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de patiënt of een ander;
- Bedreiging van de veiligheid van de patiënt al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;
- De situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- De situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

### Onvrijwillige zorg in het mondzorgplan

Als uit de heroverweging van het mondzorgplan geen vrijwillige alternatieven komen die ervoor kunnen zorgen dat het zorgplan weer aansluit op de zorgbehoefte van de patiënt, dan kan de mondzorgverlener overwegen om onvrijwillige zorg in het mondzorgplan op te nemen (artikel 10 Wzd). Voor het opnemen van onvrijwillige mondzorg in het mondzorgplan moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Er moet gebleken zijn dat er geen mogelijkheden voor vrijwillige mondzorg meer zijn en dat het mondzorgplan niet voldoet aan de zorgbehoefte van de patiënt, waardoor een situatie van ernstig nadeel kan ontstaan. Daarbij is van belang dat wordt vastgesteld dat:
  - Het gedrag van een patiënt als gevolg van bijvoorbeeld zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel;
  - De onvrijwillige mondzorg noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden;
  - De onvrijwillige mondzorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is;
  - Er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.
- De mondzorgverlener moet opnieuw overleggen met ten minste één deskundige van een andere discipline dan die van de zorgverantwoordelijke, op het terrein van de aan de patiënt te verlenen (mond)zorg. De zorgverlener mag deze deskundige alleen de voor dit overleg noodzakelijke gegevens verstrekken.

Tijdens dit overleg moet in ieder worden besproken:

- Wat het ernstige nadeel voor de patiënt is, door middel van het maken van een risico-inventarisatie;
- Wat de oorzaak van het gedrag van de patiënt zou kunnen zijn waardoor het ernstige nadeel ontstaat;
- Welke rol de interactie tussen patiënt en omgeving speelt bij het ontstaan van het ernstige nadeel;
- Welke mogelijkheden voor vrijwillige mondzorg nog benut kunnen worden, waardoor geen of minder onvrijwillige mondzorg nodig is;
- Wat de nadelige effecten van onvrijwillige mondzorg kunnen zijn, afgewogen tegen het ernstige nadeel dat moet worden afgewend,

- Voor welke termijn de onvrijwillige mondzorg in het mondzorgplan wordt opgenomen, waarbij die termijn zo kort mogelijk is, passend bij de aard van de zorg en hoe ingrijpend deze voor de patiënt is, waarbij die termijn op maximaal drie maanden wordt gesteld.

### Signaleren van weigering of verzet voor of tijdens de mondzorg

Niet alle personen kunnen zeggen of ze iets wel of niet willen. Daarom is het belangrijk dat wordt gesignaleerd wanneer de patiënt zich verzet tegen mondzorg. Ook al lijken de maatregelen die worden genomen klein of onschuldig.

Elk individu reageert op zijn eigen manier op situaties die hij niet prettig vindt. Dat is afhankelijk van iemands persoonlijkheid, culturele achtergrond, levensgeschiedenis en lichamelijke of psychologische gesteldheid.

Er is sprake van weigering van of verzet tegen mondzorg als de patiënt met woorden, gebaren of door gedragsverandering aangeeft dat hij bezwaar heeft tegen de situatie waarin hij terecht is gekomen. Patiënten met dementie uiten verzet vaak op een non-verbale manier door uitingen van pijn, jammeren of kreunen, aanspannen van spieren, verkramping, wegdraaien van het hoofd, lippen op elkaar houden, slaan en schoppen of wegduwen. Dit is voor de patiënt in kwestie vaak de enige manier om duidelijk te maken dat ze het ergens niet mee eens zijn.

Om adequaat te reageren bij weigering of verzet, is het van belang om te begrijpen wat een mogelijke verklaring van de weigering, het verzet of moeilijk hanteerbaar oncoöperatief gedrag is. Verzet kan onder andere voortkomen uit:

- De lichamelijke of psychische conditie van de patiënt: De patiënt heeft bijvoorbeeld pijn en kan dit niet uiten en de mondzorgverlener ziet of herkent de signalen niet. Of de patiënt begrijpt niet wat de mondzorgverlener bedoelt;
- Medicijngebruik: dit kan leiden tot (toenemende) verwardheid of apathie;
- De omgeving: de patiënt kan zich beperkt voelen door obstakels in zijn omgeving, of omdat de omgeving niet wordt herkend. Daarnaast kan een patiënt erg onrustig worden van alle geluiden in de omgeving;
- De mondzorg of tandheelkundige behandeling: handelingen uitgevoerd door een mondzorgverlener of een andere 'vreemde' die helpt bij de mondzorg kan beangstigend zijn. Soms gaat een patiënten hiertegen in verzet of vertoont oncoöperatief gedrag;
- De bejegening: de patiënt die mondzorg ontvangt is afhankelijk van de mondzorgverlener en de manier waarop die hem tegemoet treedt. Een gehaaste of te directe benadering kan als bedreigend worden ervaren.

Deze signalen moeten worden vastgelegd en besproken met de patiënt zelf, met collega's, wettelijke vertegenwoordiger en personen uit andere disciplines.

### Voor wie geldt de Wet Zorg en dwang (Wzd)?

De Wet zorg en dwang geldt voor personen met dementie of een verstandelijke beperking als:

- Een ter zake deskundige arts heeft vastgesteld dat de patiënt een verstandelijke beperking of dementie heeft en professionele zorg nodig heeft;

OF

- Als de patiënt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een indicatie heeft ontvangen voor WLZ zorg.

De Wet zorg en dwang geldt niet voor personen met een verstandelijke beperking of dementie die verblijven in een justitiële jeugdinrichting, penitentiaire inrichting (gevangenis of huis van bewaring) of tbs-inrichting.

De Wet zorg en dwang geldt overal waar personen met onvrijwillige zorg te maken kunnen krijgen:

- In zorgaccommodaties waarin patiënten met dementie of een verstandelijke beperking zorg krijgen, wonen of tijdelijk verblijven;
- Bij ambulante zorg, dus bij patiënten thuis, maar bijvoorbeeld ook in kleinschalige wooninitiatieven, bij de dagbesteding of in aanleunwoningen.

Ter illustratie geven we een paar voorbeelden van ambulante zorg waarbij de Wet zorg en dwang van toepassing is. Een patiënt kan tegen zijn zin in hulp of begeleiding krijgen bij:

- Persoonlijke verzorging, omdat hij zichzelf anders ernstig zou verwaarlozen;
- Het huishouden, om te voorkomen dat het huis onleefbaar wordt;
- Het reguleren van zijn gedrag, om te voorkomen dat zijn gedrag agressie bij anderen uitlokt.

Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen kan in sommige gevallen vallen onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang (Wzd) of de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) vallen. Voor de Wzd is de eerste voorwaarde dat een ter zake deskundig arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Als de patiënt vervolgens zorg of ondersteuning nodig heeft, dan valt ook mondzorg onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang. Wanneer er sprake is van (alleen) een psychische of psychiatrische aandoening kan de mondzorg vallen onder reikwijdte van de Wvggz. U neemt dan na goedkeuring van de patiënt contact op met de huisarts met de vraag of de patiënt onder behandeling is van de GGZ. Wanneer daar sprake van is, dan neemt u, eveneens na verkregen toestemming, contact op met de behandelend SPV'er, (ouderen-)psychiater of specialist ouderengeneeskunde met de vraag of de beoogde te leveren mondzorg mogelijk binnen de Wvggz valt.

## Bijlage 6. Patiënteninformatie

### Mondzorg aan huis voor kwetsbare ouderen

Deze informatie is bedoeld voor kwetsbare ouderen die mondzorg nodig hebben, maar niet meer naar een mondzorgpraktijk kunnen komen. Ook niet als zij daar hulp bij krijgen. Deze informatie is ook bedoeld voor mantelzorgers en wettelijk vertegenwoordigers van deze ouderen. Een mondzorgverlener kan aan die ouderen, hulp aan huis bieden. Een mondzorgverlener is een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus.

#### 1. Waarom mondzorg aan huis?

Ouderen hebben soms ernstige lichamelijke problemen, waardoor ze bijvoorbeeld niet meer (goed) kunnen lopen. Ook laat hun geheugen hen soms flink in de steek, bijvoorbeeld als ze lijden aan dementie. Voor die ouderen is het vaak moeilijk om naar buiten te gaan. Een bezoek aan een mondzorgverlener is nauwelijks of helemaal niet meer mogelijk.

Daardoor blijven deze ouderen weg bij de mondzorgverlener. Dat kan schadelijk zijn voor de mondgezondheid. Dat geldt zeker als iemand nog een eigen tanden en kiezen heeft en/of implantaten. Deze moeten goed verzorgd worden. En als er iets mee is, moeten ze behandeld worden. Gebeurt dat niet, dan kunnen er problemen ontstaan. Niet alleen met het gebit, maar ook andere gezondheidsproblemen. Denk daarbij aan afgebroken tanden en kiezen, die pijn en kauwproblemen kunnen veroorzaken. Of ontstekingen die een hoger risico geven op hart- en vaatziekten of diabetes.

Om deze problemen te voorkomen is er mondzorg aan huis. Dit betekent dat de mondzorgverlener naar de oudere toe komt om zijn of haar gebit te behandelen. Natuurlijk kan de mondzorgverlener dan niet alle apparatuur meenemen. Daarom is deze service alleen bedoeld voor eenvoudige tandheelkundige hulp om pijnklachten te verhelpen. Grotere behandelingen zijn alleen mogelijk in de mondzorgpraktijk.

#### 2. Hoe kan ik mondzorg aan huis aanvragen?

Heeft u als oudere mondzorg aan huis nodig? Dan kunt u uw mondzorgverlener vragen om naar uw huis te komen voor een consult. U kunt hem<sup>1</sup> zelf bellen of iemand anders vragen om dat voor u te doen. De mondzorgverlener kijkt dan of hij volgens de richtlijnen mondzorg aan huis mag en kan verlenen. Daartoe stelt hij u enkele vragen:

- a. Waarom heeft u mondzorg aan huis nodig? En waarom kunt u niet meer naar de praktijk toe komen? Als dit komt door ernstige lichamelijke klachten of geheugenproblemen, kan de mondzorgverlener overwegen om naar u toe te komen.
- b. Gebruikt u medicijnen? En zo ja, welke? De mondzorgverlener heeft deze informatie nodig om veilig mondzorg te kunnen verlenen. Houd daarom uw medicijnlijst bij de hand. Heeft u geen medicijnlijst, dan kunt u die opvragen bij de apotheek. Uw mondzorgverlener kan uw medicijnlijst ook voor uw opvragen bij uw apotheek. Houd in dat geval de contactgegevens van uw apotheek bij de hand.
- c. Krijgt u zorg van andere zorgverleners, zoals een medisch specialist? Houd dan hun contactgegevens bij de hand. Zo kan de mondzorgverlener informatie aan hen vragen over

---

<sup>1</sup> Omdat dat makkelijker leest, gebruiken we overal 'hij', 'hem' en 'zijn'. Natuurlijk kan dat ook 'zij' of 'haar' zijn.

bijvoorbeeld ziekten of medicijngebruik, waar hij rekening mee moet houden. Uiteraard doet hij dat alleen als u daar toestemming voor geeft.

- d. Kan de mondzorgverlener makkelijk uw woning binnenkomen? Kunt u bijvoorbeeld zelf de deur opendoen, of is dat lastig omdat u niet kunt lopen? Dan moet daar een oplossing voor bedacht worden.

De mondzorgverlener bespreekt in het eerste telefoongesprek ook met u wat de verwachte kosten zijn voor het bezoek aan huis (zie daarvoor ook de informatie onder punt 7). Het is belangrijk om u te realiseren dat mondzorg aan huis niet vanzelfsprekend is. Uw mondzorgverlener is niet verplicht om te komen. Hij doet dat geheel vrijwillig.

### 3. Waar moet ik rekening mee houden?

Mondzorg aan huis is alleen mogelijk als uw woning daar geschikt voor is. Daarvoor moet uw woning aan de volgende voorwaarden voldoen:

- a. Er moet voor de mondzorgverlener voldoende ruimte zijn om zijn spullen neer te leggen. En die spullen moeten daar ook schoon blijven. Daarom mogen er bijvoorbeeld geen huisdieren bij in de buurt komen.
- b. Er mogen geen huisdieren in het huis zijn die het bezoek van de mondzorgverlener kunnen verstoren. Bijvoorbeeld honden die erg waaks zijn en daardoor agressief gedrag kunnen vertonen.
- c. Er moet een werkend stopcontact zijn dat de mondzorgverlener kan gebruiken.
- d. Er moet schoon kraanwater zijn dat de mondzorgverlener kan gebruiken.

### 4. Hoe verloopt mondzorg aan huis?

Heeft u een afspraak gemaakt voor mondzorg aan huis? Dan kunt u het volgende verwachten.

#### Kennismaking

De mondzorgverlener komt eerst bij u langs voor een kennismaking. Hij kijkt dan wat er aan de hand is, welke zorg u nodig heeft en of hij die zorg kan leveren.

#### Mondzorgplan

Daarna maakt de mondzorgverlener een mondzorgplan. Daarin staat welke mondzorg nodig is, wie die zorg kan verlenen en op welke manier. Ook staan in het mondzorgplan adviezen voor de dagelijkse mondverzorging.

Bij het maken van het plan houdt de mondzorgverlener rekening met uw persoonlijke omstandigheden. Bent u bijvoorbeeld heel ziek, dan zal het behandelplan minder ingrijpend zijn.

#### Bespreking

Als de mondzorgverlener het plan klaar heeft, bespreekt hij het met u. Ook geeft hij dan aan wat de behandeling kost. Als u dat wilt, zet hij die kosten voor u op papier.

Als u dat prettig vindt, kunt u een naaste vragen om bij de bespreking met de mondzorgverlener aanwezig te zijn. Dat kan handig zijn als u het lastig vindt om informatie goed te verwerken. Twee mensen horen immers meer dan één. De mondzorgverlener het plan ook later met uw naasten bespreken.

Als dat nodig is, kan de mondzorgverlener het mondzorgplan ook bespreken met uw andere zorgverleners, zoals uw huisarts, wijkverpleegkundige, medisch specialist etc. Dat doet hij alleen als u daarvoor toestemming geeft.

## Beslissing

Uiteindelijk beslist u zelf of de mondzorgverlener het plan mag uitvoeren. Wilt u iets aan het plan veranderen, dan kunt u dat altijd aangeven.

### 5. Wat als de mondzorgverlener iets doet wat u niet wilt?

Een mondzorgverlener kan alleen mondzorg aan huis geven als u hiervoor zelf toestemming geeft. Als de mondzorgverlener iets doet wat u niet wilt, is het belangrijk dat u dat zegt. De mondzorgverlener moet er dan mee stoppen, want hij mag niets doen wat u niet wilt. Daarna overlegt hij met u, en eventueel met uw naasten, of en hoe hij de zorg zal voortzetten. Bent u niet meer wilsbekwaam, bijvoorbeeld door ernstige dementie? Dan overlegt de mondzorgverlener met uw wettelijk vertegenwoordiger. Ook moet hij dan de Wet zorg en dwang raadplegen. Daarin staan aanwijzingen over wat hij in zo'n geval moet doen.

### 6. Wat gebeurt er na de eerste behandeling?

Heeft u de eerste behandeling gehad? Dan maakt de mondzorgverlener waarschijnlijk een vervolgspraak met u. Zo kan hij de gezondheid van uw gebit goed in de gaten houden. Hoe snel die vervolgspraak is, hangt af van uw situatie: heeft u een eigen gebit en/of implantaten, dan heeft u vaker controle nodig dan als u een volledige gebitsprothese heeft. Door uw gebit op tijd te controleren, kan de mondzorgverlener nieuwe problemen voorkomen.

De mondzorgverlener zal u ook aanwijzingen geven over hoe u uw gebit kunt verzorgen. Is het voor u niet mogelijk om dit zelf goed te doen? Dan vraagt de mondzorgverlener uw naaste of een andere zorgverlener om u te helpen (bijvoorbeeld met tandenpoetsen of mondspoeling). Uiteraard bespreekt hij dit eerst met u.

### 7. Hoeveel kost mondzorg aan huis?

Mondzorg valt **niet** onder de basisverzekering. U moet de kosten daarom meestal zelf betalen. Hier zijn twee uitzonderingen op:

- Soms wordt mondzorg vergoed vanuit de regeling voor bijzondere tandheelkunde of op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz). In dat geval hoeft u de kosten niet te betalen. Uw zorgverzekeraar en/of mondzorgverlener kan daar meer over vertellen.
- Misschien hoeft u een aanvullende tandartsverzekering. Dan hoeft u een deel van de kosten niet te betalen. Hoeveel u wel moet betalen, hangt af van uw verzekering.

De meeste thuiswonende ouderen vallen niet onder deze regelingen. Ook heeft niet iedereen een aanvullende tandartsverzekering. Daarom moet u waarschijnlijk voor de mondzorg betalen. Om financiële verrassingen te voorkomen kunt u het beste vooraf aan de mondzorgverlener vragen welke kosten hij in rekening brengt. Naast de gebruikelijke kosten voor de behandeling geldt er vaak een aanvullend bedrag voor het bezoek aan huis. U vindt de algemeen geldende tandartstarieven op de website Alles over het gebit (<https://www.allesoverhetgebit.nl/alles-over-kosten-en-vergoedingen>).

### 8. Meer weten?

Meer informatie over het belang van mondverzorging en professionele mondzorg vindt u op de websites [www.allesoverhetgebit.nl](http://www.allesoverhetgebit.nl), [www.mondzorgbijouderen.info](http://www.mondzorgbijouderen.info) en [www.ivorenkruis.nl](http://www.ivorenkruis.nl).

Het KIMO ([www.hetkimo.nl](http://www.hetkimo.nl)) biedt actuele informatie over richtlijnen voor tandartsen en andere mondzorgverleners.

## Bijlage 7. Implementatie in de praktijk

Het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) ontwikkelt Klinische Praktijkrichtlijnen (KPR) voor het werkveld en in goed overleg met het werkveld. Dit wordt gedaan volgens de internationaal gerenommeerde EBRO-methodiek (Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling), zoals beschreven in de Richtlijn voor het opstellen van richtlijnen. In deze Richtlijn voor het ontwikkelen van richtlijnen staat onder andere dat bij het ontwikkelen van een richtlijn niet alleen aandacht moet zijn voor de inhoud van de richtlijn maar ook hoe deze richtlijn bekend wordt onder de doelgroep en hoe er voor gezorgd kan worden dat deze doelgroep de richtlijn gaat gebruiken en goed gaat toepassen. Het handelen volgens een KPR binnen het werkveld moet ingebed worden in de reguliere werkwijze. Dit vraagt om een implementatieplan.

Een implementatieplan is een plan van aanpak. Vaste onderdelen daarbij zijn hoe de KPR na het verschijnen bekend gemaakt wordt onder de doelgroep, hoe deze het beste verspreid kan worden, hoe er voor gezorgd kan worden dat de KPR gelezen wordt en ook geïmplementeerd gaat worden zoals deze bedoeld is.

In deze handreiking voor implementatie van de KPR zijn adviezen voor implementatie opgesteld voor zowel mondzorgverleners als voor diegenen die zich bezig houden met het beleid rondom mondzorg voor aan huis geboren kwetsbare ouderen

### Adviezen voor de individuele mondzorgpraktijk

In onderstaande tekst worden adviezen gegeven hoe bekendheid aan de KPR kan worden gegeven en hoe de KPR kan worden toegepast door mondzorgverleners.

#### Proces in gang zetten

Voor de implementatie van een nieuwe KPR in een mondzorgpraktijk is het raadzaam om één verantwoordelijke persoon te benoemen. Hij of zij is dan de richtlijncoördinator. De richtlijncoördinator zorgt dat:

- De KPR beschikbaar is voor iedere medewerker die de KPR moet kennen en toepassen ook daadwerkelijk beschikbaar is. Bijvoorbeeld in gedrukte vorm en/of als pdf in het datasysteem van de praktijk.
- De volgende vijf stappen worden uitgevoerd:
  1. KPR bespreken met alle betrokken medewerkers (bij voorkeur in groepsverband zodat medewerkers met elkaar in overleg kunnen).
  2. Inventariseren van scholingsmogelijkheden over het onderwerp van de KPR.
  3. Bespreken van het plan van aanpak (hoe kan de KPR worden toegepast in de praktijk en wat kan er gedaan worden om dit te realiseren).
  4. Monitoren en feedbackbesprekingen over het plan van aanpak.
  5. Werken aan de borging van de KPR in het dagelijks handelen.

#### 1. Richtlijn bespreken

De eerste stap van de richtlijncoördinator is om de KPR te bespreken in het hele zorgteam. Hierbij is aandacht voor de verschijning van de KPR en waarom deze is ontwikkeld. Inhoudelijk kan de KPR nader besproken worden bij een teamoverleg. Daarbij wordt gevraagd aan de medewerkers om kennis te nemen van de inhoud van de KPR. Omdat het doorlezen van de hele KPR veel werk is kan er voor gekozen worden voor iedere uitgangsvraag in de



KPR een presentatie te laten maken door een of meerdere teamleden. In een gezamenlijke bijeenkomst kunnen dan alle uitgangsvragen door de verschillende groepjes/ teamleden besproken worden.

De richtlijncoördinator krijgt daarmee tevens zicht op hoe de diverse teamleden aankijken tegen de aanbevelingen uit de KPR.

## 2. Scholingsaanbod

De richtlijncoördinator inventariseert de scholingsmogelijkheden omtrent de nieuwe KPR en maakt een plan voor bij- en nascholing van het team gerelateerd aan het onderwerp van de KPR. Hierbij wordt een afweging gemaakt of en wie deze scholing zouden moeten volgen. Bij de keuze van het scholingsaanbod wordt aangesloten bij de behoefte van het team en ook welke kennis reeds in huis is of in de nabije omgeving beschikbaar.

## 3. Plan van aanpak

De richtlijncoördinator bespreekt het plan van aanpak met het team. Hoe kan de KPR worden toegepast in de praktijk en wat moet er gedaan worden om dit te realiseren?

In elke mondzorgpraktijk is het nodig om samen met de betrokken mondzorgverleners en andere zorgverleners een lokaal protocol op te stellen bij de KPR. Als de invoering gezamenlijk met een aantal andere praktijken (bijvoorbeeld uit de regio of van de keten waarbij is aangesloten) wordt opgepakt kan uitwisseling van de lokale protocollen bevorderlijk zijn voor de kwaliteit.

Het opstellen van het lokale protocol kan aan de hand van de volgende vragen:

- Welke aanpassingen in de huidige werkwijze zijn nodig?
- Wat is nodig om deze aanpassingen in te voeren?
- Wat betekent dit voor de communicatie tussen (mond)zorgverleners in de praktijk? En buiten de praktijk?
- Welke informatie hebben de patiënten nodig? En hoe gaan we dit communiceren?

De aangereikte zorgpaden in de KPR zijn behulpzaam bij het opstellen van een lokaal protocol. Deze zorgverleners moeten geïnformeerd worden over een eventuele aangepaste werkwijze.

Om ouderen en naasten te informeren over mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen kan er gewezen worden op de patiëntenversie van de KPR die beschikbaar is via de website van het KIMO ([www.hetkimo.nl](http://www.hetkimo.nl)). Het verdient de aanbeveling dat mondzorgpraktijken op hun website aangeven dat zij bereid zijn zorg aan huis te leveren in specifieke gevallen en een link naar de patiëntenversie toevoegen.

## 4. Monitoring en feedbackbesprekingen naar aanleiding van het plan van aanpak

Als in de mondzorgpraktijk is afgesproken hoe de KPR toegepast wordt en het lokale protocol daarvoor is opgesteld, dan is het zinvol om na te gaan of conform de afspraken wordt gehandeld.

Mondzorgpraktijken wordt aangeraden om daartoe gezamenlijk patiëntcasus te bespreken. In deze besprekingen wordt bekeken in welke mate de KPR over een periode gevolgd is, wat de afwegingen zijn geweest om de KPR te volgen dan wel af te wijken van een bepaalde aanbeveling.

Deze besprekingen kunnen ook regionaal worden georganiseerd; bijvoorbeeld via *IQual*-groepen. Het vergelijken en bespreken van het handelen in de verschillende mondzorgpraktijken bevordert de implementatie van de richtlijn en kan leiden tot uitwisseling van tips bij het toepassen van de KPR.

Mogelijk dat op termijn de benodigde gegevens rechtstreeks uit de elektronische patiëntdossiers kunnen worden onttrokken. Op enkele plekken wordt gewerkt aan deze mogelijkheid; veelal in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Voor implementatie van de KPR is het bevorderlijk om ook contact op te nemen met de software leveranciers van de dentale software pakketten wanneer het noodzakelijk is dat ondersteunde tools in het elektronisch patiëntendossier ingebouwd worden.

### 5. Werken aan de borging van de KPR in het dagelijks handelen

Om verdere implementatie van de KPR te bevorderen zouden bijvoorbeeld in het software pakket bepaalde vinkjes of notities neergezet moeten kunnen worden. Zonder deze vinkjes of notities kan het elektronische patiënten dossier niet goed afgesloten worden. Ook zal met enige regelmaat in het team gecheckt moeten worden door de richtlijncoördinator of de kennis omtrent de KPR nog latent aanwezig is door de punten van de KPR ter sprake te brengen in overleggen. Ook kan er een logboek gemaakt worden waarin belemmeringen ten aanzien van het handelen volgens de KPR genoteerd kunnen worden en waarmee de richtlijncoördinator kan zoeken naar oplossingen voor de ervaren barrières.

### Aanvullende implementatiemaatregelen

- De mondzorg alliantie (KNMT ANT NVM ONT in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen) wordt geadviseerd om met het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit te bespreken of de tarieven voor mondzorg aan huis gebonden kwetsbare ouderen kunnen worden aangepast zodat er een reëel tarief ontstaat voor mondzorg aan huis.
- Ziektekostenverzekeraars wordt geadviseerd spiegelinformatie over het volume van consulten van aan huis gebonden kwetsbare ouderen tussen praktijken te delen met de mondzorgpraktijk. Dit zou een taak moeten zijn voor elke mondzorgpraktijk.

### Indicatoren

Bij deze KPR zijn indicatoren ontwikkeld, die kunnen worden gebruikt om te onderzoeken of de richtlijn voldoende geïmplementeerd is. Deze indicatoren hebben in het bijzonder tot doel om te onderzoeken in welke mate het opstellen van deze KPR leidt tot een betere invoering van mondzorg aan huis voor kwetsbare ouderen. Dit kan binnen elk praktijk geanalyseerd worden.

- Het aantal keer dat de UPT-code voor toeslag vergoeding mondzorg aan huis wordt gedeclareerd bij zorgverzekeraars in het huidige jaar ten opzichte van het vorige jaar.
- Er is iemand in de praktijk met expertise van mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld doordat deze persoon in de afgelopen vijf jaar een cursus heeft gevolgd op dit gebied.
- De mondzorgpraktijk geeft op hun website aan dat zij bereid zijn zorg aan huis te leveren in specifieke gevallen en geven een link naar de patiënten informatiebrochure behorende bij de KIMO richtlijn; mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen.

## Bijlage 8. Samenvatting commentaarronde

De brede commentaarronde is opgezet dat zoveel mogelijk partijen kennis kunnen nemen van de nieuwe KPR. Deze KPT is derhalve verstuurd aan alle partijen die direct of indirect met het onderwerp te maken hebben. Denk hierbij aan beroepsverenigingen, besturen en/of directies van wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties, onderwijsinstututen en andere organisaties die zijdelings betrokken zijn. Een volledig overzicht van de partijen die zijn uitgenodigd is opgenomen in hoofdstuk 2. Al deze partijen is gevraagd de richtlijn te lezen en van commentaar te voorzien: Wat ontbreekt, Wat is te veel? Wat moet beter?

De KPR in concept voor de brede commentaar ronde is naar 31 organisaties verstuurd. Tien organisaties hebben commentaar gegeven. In de tabel is een overzicht gegeven welke organisatie heeft gereageerd in de brede commentaar ronde, wat de aard van het commentaar was. Per categorie is uitgewerkt hoe de ROC dit commentaar in de KPR heeft verwerkt.

### Commentaar op hoofdlijnen

Commentaar via ↓	Aard van het commentaar ↓
Cobijt	Onderschrijft de inhoud
IGJ	Verzoek tot nadere uitleg terminologie
KNMT	Geeft inhoudelijke suggestie
NVGd	Geeft suggestie voor implementatie
NVM- mondhygiënist	Taalkundig opmerking, inhoudelijke suggestie
NVOI	Extra onderwerpen aangedragen
Opleidingen Mondzorgkunde, Amsterdam In-Holland	Samenstelling werkgroep, inhoudelijke suggestie
Opleidingen Mondzorgkunde, Utrecht Hogeschool	Methodologie
V&VN	Inhoudelijke suggestie
VMTI	Methodologie, inhoudelijke suggestie

### Methodologie (literatuur onderzoek)

De organisaties die commentaar gaven op de methodologie gaven aan dat er een goede search is gedaan maar dat er weinig tot geen evidence uit de literatuur is gekomen. Hierin hebben zij gelijk. De reden dat dit zo is, is dat dit een relatief nieuwe onderzoeksgebied is. Er is nog maar weinig onderzoek gedaan op dit vlak. De publicaties die er zijn, zijn niet geschikt om richtlijnen op te baseren. En dat was dan ook het commentaar van de organisaties. Hoe wij toch met aanbevelingen konden komen terwijl er geen evidence is.

Volgens de in Nederland geldende leidraad voor richtlijnen en de GRADE methodiek is het mogelijk om aanbevelingen te formuleren, ook wanneer er evidence ontbreekt. Wanneer er geen wetenschappelijke basis is, weegt de expertise van de leden van de werkgroep en de voorkeuren van patiënten. Door het formuleren van aanbevelingen op basis van breed gedragen expertise wordt ongewenste praktijkvariatie voorkomen. Een voorbeeld is dat

ouderen geen mondzorg aan huis krijgen ook al zou dat voor hen wel wenselijk zijn. Deze KPR geeft handvatten voor mondzorgverleners om toch mondzorg te verlenen aan, aan huis gebonden kwetsbare ouderen. In het commentaar werd ook nog gesuggereerd om het document een zorgstandaard te noemen. De ROC heeft echter besloten om bij de term KPR te blijven omdat dit bij aanvang is afgesproken met verschillende partijen en bovendien het meest herkenbaar is.

### Inhoudelijk commentaar (inclusief aandragen extra onderwerpen)

Er waren organisaties die graag hadden gezien dat er in de KPR ook inhoudelijk richting werd gegeven aan de mondzorg. De inhoud van zorg was echter niet geprioriteerd als knelpunt, de organisatie van de mondzorg aan huis echter wel. Het doel van de KPR was daarom ook om aanbevelingen te formuleren omtrent de organisatie van zorg waarmee een mondzorgverlener zich gesterkt voelt om mondzorg aan huis gebonden kwetsbare ouderen te verlenen. Deze KPR geeft alleen handvatten over hoe de zorg aan huis georganiseerd kan worden. We hebben daarom het commentaar hierover niet verwerkt en niks toegevoegd op dat vlak.

Voor de inhoud van zorg verwijst de ROC naar de bestaande richtlijnen van het KIMO, KNMT en ANT en andere organisatie die actief zijn binnen de mondzorg.

De NVM gaf aan dat ook de mondhygiënist een aansturende rol zou kunnen hebben. De ROC is van mening dat er zeker een belangrijke rol is weggelegd voor mondhygiënist in de mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen. De ROC is echter ook van mening dat de regie van deze complexe vorm van mondzorg bij de tandarts zou moeten liggen. De ROC is van mening dat de tandarts door de meer specifieke training in de opleiding het hele werkveld beter overziet dan de mondhygiënist en derhalve de meest geschikte mondzorgverlener is die een aansturende rol kan hebben bij de mondzorg voor kwetsbare aan huis gebonden ouderen.

### Taalkundige opmerkingen

Taalfouten en schrijffouten die in de commentaarrronde zijn opgemerkt, zijn gecorrigeerd. Het hele document is hierop gecontroleerd.

### Uitleg terminologie

De term oncoöperatief en afwerend gedrag was tweemaal weergegeven. Dit is aangepast.

### Samenstelling werkgroep

Er kwamen verschillende vragen over de samenstelling van de werkgroep. Men meende dat vertegenwoordiging van bepaalde partijen in de ROC ontbraken. Onder anderen Verpleegkundigen & Verzorgende Nederland (V&VN) werd gemist. Echter afgevaardigden van V&VN waren wel betrokken bij de invitational conference en zijn ook gevraagd voor de ROC maar hebben geen afgevaardigden kunnen vinden voor de ROC. Wel hebben zij meegewerkt aan verbeteringen door commentaar te geven in de commentaarfase. Ook zijn er in de tekst meerdere verwijzingen opgenomen over de zorg van verpleegkundigen en verzorgenden. In de tekst zijn verwijzingen naar wijkverpleegkundigen toegevoegd.

### Inhoudelijke suggesties

Er kwamen verschillende inhoudelijke suggesties. De meeste zijn overgenomen. Hieronder volgen de belangrijkste aanvullingen.

- Er is verder benadrukt dat van alle mondzorgverleners wordt verwacht dat zij ook in de zorgbehoefte van ouderen zullen voorzien.
- Er is een verwijzing opgenomen naar de Corona leidraad en de verwijzing naar de nieuwe Praktijkwijzer Mondzorg voor ouderen 2020 (i.p.v. te verwijzen naar de oude praktijkwijzer uit 2015).
- Tweede en derdelijns mondzorgverleners zijn toegevoegd als mogelijke zorgverleners waar een mondzorgverlener het mondzorgplan mee af kan stemmen.

### Suggestie voor implementatie

Er werden enkele potentiële barrières voor implementatie genoemd. Mondzorg aan huis is niet gangbaar omdat de mondzorgverlener niet geleerd heeft hoe zorg buiten de praktijk veilig en goed georganiseerd kan worden. Met de sterke toename van aan huis gebonden ouderen zal de vraag naar mondzorg aan huis sterk toenemen en zal het verlenen van mondzorg aan huis voor de mondzorg professional het nieuwe normaal moeten gaan worden. De KPR zal helpen om de mondzorgverlener handvatten te geven deze zorg te kunnen verlenen. Daarnaast speelt er een financieringsprobleem. Er is op dit moment geen adequaat tarief dat in rekening gebracht kan worden wanneer een mondzorgverlener mondzorg aan huis gaat leveren. Mondzorg aan huis brengt veel voorbereiding met zich mee-brengt, is tijdrovend, er wordt veelal multidisciplinair overleg vereist, extra bijscholing gevraagd en kan fysiek zwaar zijn. Ook de aanschaf van mobiele apparatuur en hulpmiddelen voor veilig vervoer zijn kostbaar. De huidige tarieven zullen daarom herzien moeten worden zodat dit geen hoge drempel kan zijn om mondzorg aan huis te verlenen. Implementatie van de KPR zal naar alle waarschijnlijkheid makkelijker zijn wanneer er een meer passend tarief komt.

## Bijlage 9. Informatieparagraaf

In deze bijlage wordt het zorgproces weergegeven en wordt toegelicht welke afspraken over gegevensverzameling zijn gemaakt. Dit is beschreven als onderdeel van het operationele zorgproces. Hierin wordt inzichtelijk welke processen op elkaar aansluiten en welke gegevensverzameling op welk moment met wie gedeeld moet worden.

### Dossiervorming, noodzakelijke gegevens en contextinformatie

In deze richtlijn staan afspraken over de manier van dossiervorming niet centraal. Het spreekt voor zich dat dossiervorming noodzakelijk is wanneer mondzorg wordt verleend aan kwetsbare ouderen die aan huis gebonden zijn.

Voor inzichtelijke dossiervorming omtrent mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen wordt verwezen naar de KNMT-richtlijn Patiëntendossier (KNMT, 2020). Bij het verlenen van mondzorg aan huis zijn er een aantal aanvullende zaken die ook moeten worden vastgelegd. Deze stappen worden in paragraaf D toegelicht.

### Welke actor voert de processtap uit

De mondzorgverlener is altijd de actor van de processtap, behalve in de volgende situaties:

- Het verzoek tot mondzorgverlening aan huis;
  - Dit kan vanuit de patiënt/mantelzorger komen, maar ook van een zorgprofessional die betrokken is bij de patiënt, zoals de huisarts of thuiszorgmedewerker
- De inschatting of de patiënt wilsbekwaam is;
  - Wilsbekwaamheid wordt door een arts bepaald en ook wettelijk vastgelegd in samenspraak met wettelijke instanties. Het is niet aan een mondzorgverlener om te bepalen of een patiënt wilsbekwaam is. De mondzorgverlener moet wel nagaan of, en op welke delen van het mondzorgplan, er sprake is van wilsbekwaamheid en dit vastleggen.

### Welke informatie wordt binnen de processtappen ontsloten en welke informatie moet worden vastgelegd

Na het verzoek voor mondzorgverlening aan huis, zal worden onderzocht of belemmeringen kunnen worden weggenomen zodat mondzorg toch in de mondzorgpraktijk kan plaatsvinden.

Als blijkt dat mondzorgverlening aan huis de enige optie is, worden de volgende randvoorwaarden voor mondzorg aan huis onderzocht, hiervoor kan eventueel een eerste oriënterend consult aan huis worden afgelegd. Randvoorwaarden:

- Veiligheid van patiënt en zorgverlener kan geborgd worden
- Mondzorg moet (fysiek) thuis plaats kunnen vinden
- Benodigde (medische) gegevens zijn beschikbaar of opvraagbaar

Als aan één of meerdere van bovenstaande randvoorwaarden niet wordt voldaan, zal mondzorgverlening aan huis (voorlopig) niet kunnen plaatsvinden. Documenteer in het dossier aan welke randvoorwaarden (voorlopig) niet wordt voldaan en licht de rede toe.

Nadat is vastgesteld dat er een indicatie is voor mondzorg aan huis en de mondzorgverlener heeft geconstateerd dat aan de randvoorwaarden is voldaan, kan behandeling aan huis plaatsvinden. Er wordt een mondzorgplan opgesteld (zie stroomschema). Het mondzorgplan

wordt vervolgens besproken met de patiënt. Als de patiënt wilsonbekwaam is, zal het mondzorgplan worden besproken met de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt. Pas na toestemming van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger kan gestart worden met de mondzorgverlening volgens het mondzorgplan.

Als de mondzorgverlening aan huis is gestart, zal regelmatig worden gecheckt of de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger nog akkoord gaat met het mondzorgplan. Ook dit moet worden vastgelegd in het zorgdossier.

Wanneer er een röntgenfoto nodig is, kan met mobiele röntgenapparatuur op locatie worden gewerkt.

Daarbij zal wel aan de volgende randvoorwaarden moeten worden voldaan;

- Er is een klinische indicatie om een röntgenfoto te maken
- Er is een vergunning voor het gebruik van de mobiele handheld van ANVS
- De gebruiker van de mobiele handheld is bevoegd en daartoe aangewezen in de vergunning
- De gebruiker van de mobiele handheld draagt zorg voor veilige opslag en veilig transport van de mobiele handheld

#### Afspraken per processtap van de informatie-output

Zie voor de verschillende afspraken per processtap het stroomdiagram.

Het opnemen van de een aantal afspraken per processtap zijn hieronder toegelicht:

- Toestemming voor behandeling -> wordt opgenomen in het zorgdossier;
- Vergunning ANVS -> wordt opgenomen in kernenergiewet dossier (KEW dossier);
- Wilsbekwaamheid -> wordt opgenomen in het zorgdossier.

Denk te allen tijde aan veilige informatie-uitwisseling. Door gebruik te maken van veilige informatie uitwisselingsmogelijkheden, is er geen risico op:

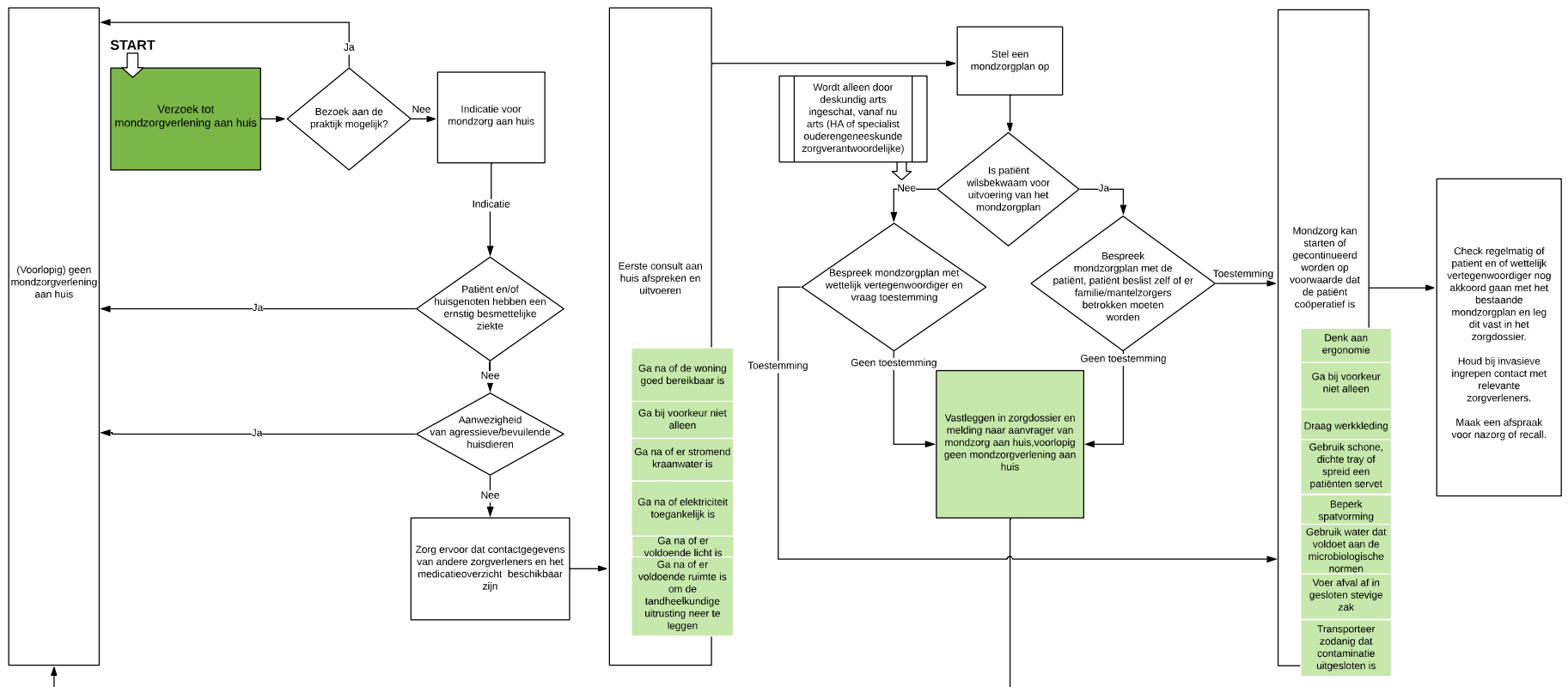
- het delen van gevoelige informatie aan de/een verkeerde persoon;
- mogelijke onderschepping van berichten door een onveilige verbinding;
- hackers die kunnen inbreken.

#### Afspraken per processtap over gegevensuitwisseling

Het mondzorgplan wordt, met goedkeuring van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger, besproken met de mantelzorger en/of zorgverleners die in het mondzorgplan genoemd zijn. Ter overweging kan, behoudens goedkeuring van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger, het mondzorgplan met de huisarts worden gedeeld.

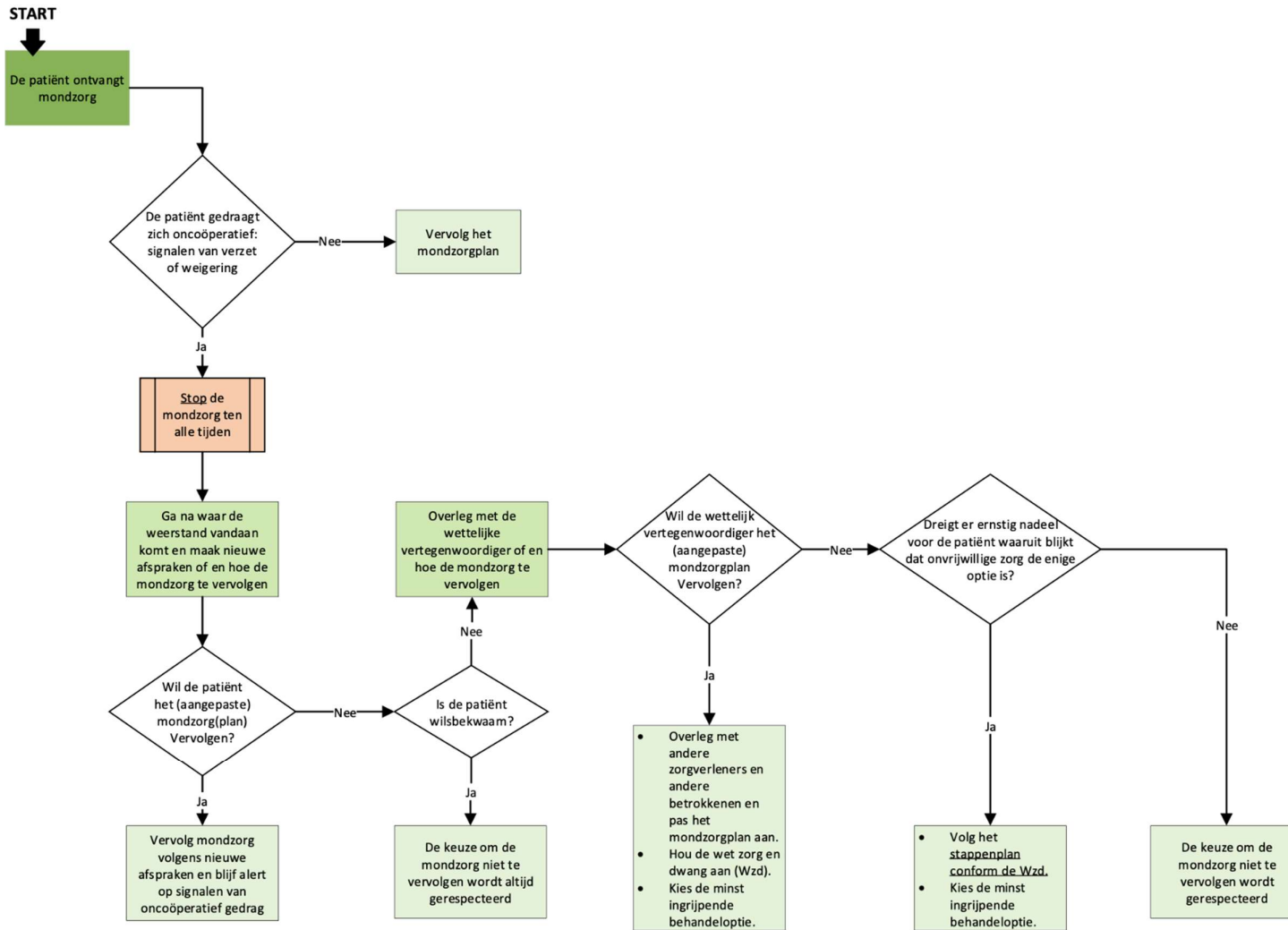
# Stroomschema van het zorgproces

## Stroomschema 1. Indicatie en zorgverlening

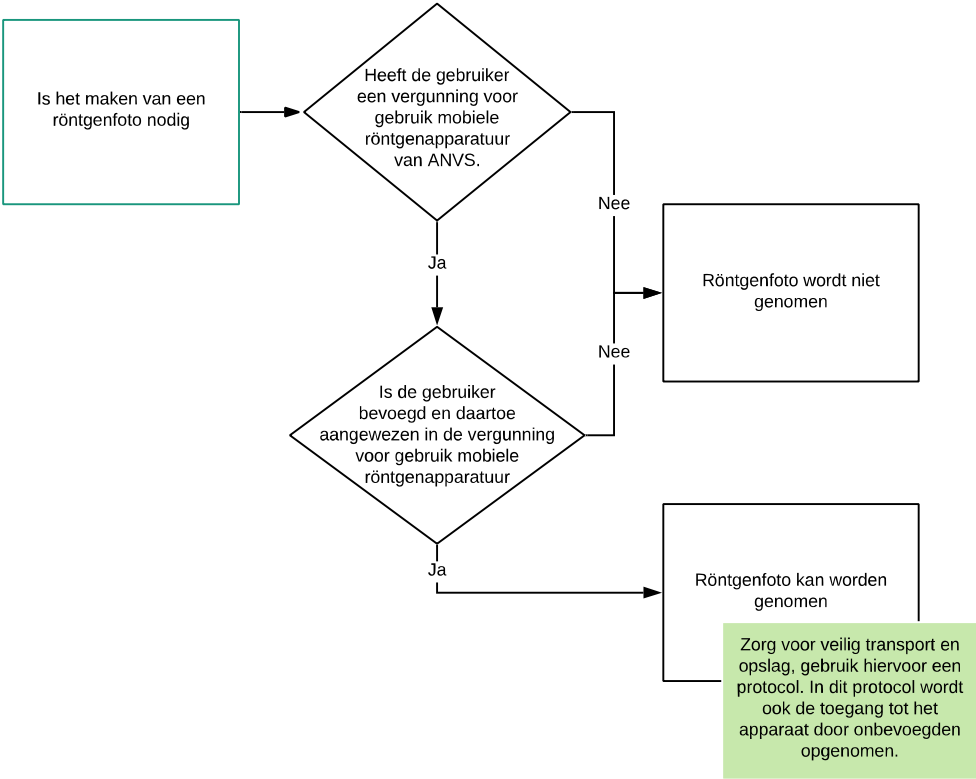




## Stroomschema 2. Röntgenologisch onderzoek in de thuissituatie



Stroomschema 3. Oncoöperatieve en/of wilsonbekwame kwetsbare ouderen



## Bijlage 10. Referenties

1. Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM-mondhygiënist(en)) en Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT). Leidraad Mondzorg Corona. 2020. Geraadpleegd op 19 oktober 2020 via [https://knmt.nl/sites/default/files/2020.09.01\\_leidraad\\_mondzorg\\_corona\\_clmc\\_v5.0.pdf](https://knmt.nl/sites/default/files/2020.09.01_leidraad_mondzorg_corona_clmc_v5.0.pdf)
2. Alonso-Coello P, Schunemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *Bmj*. 2016(a);353:i2016.
3. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *Bmj*. 2016(b);353:i2089.
4. AQUA. Leidraad voor kwaliteitsstandaarden. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017
5. Berkhout WE. Handheld röntgentoestellen. *QP Tandheelkunde* 11(5): 1-4.
6. Berkhout WE. [The ALARA-principle. Backgrounds and enforcement in dental practices]. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2015 May;122(5):263-70
7. British Society for Disability and Oral Health Working Group. The development of standards for domiciliary dental care services: guidelines and recommendations. *Gerodontology*. 2000 Dec;17(2):119-22
8. Brozek JL, Akl EA, Alonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. *Allergy*. 2009(a);64(5):669-77.
9. Brozek JL, Akl EA, Jaeschke R, Lang DM, Bossuyt P, Glasziou P, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines: Part 2 of 3. The GRADE approach to grading quality of evidence about diagnostic tests and strategies. *Allergy*. 2009(b);64(8):1109-16.
10. Bravo M, Baca P, Llodra JC, Osorio E. A 24-month study comparing sealant and fluoride varnish in caries reduction on different permanent first molar surfaces. *Journal of Public Health Dentistry* 1997;57(3):184-6.
11. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Prev Med*. 2010;51(5):421-4.
12. Chalmers J, Johnson V, Tang JH, Titler MG. Evidence-based protocol: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. *J Gerontol Nurs*. 2004 Nov;30(11):5-12.
13. Chalmers JM, Ettinger RL. Public health issues in geriatric dentistry in the United States. *Dent Clin North Am*. 2008 Apr;52(2):423-46
14. Commissie Leidraad Mondzorg Corona. Leidraad Mondzorg Corona Versie 5.0 (Laatste update 01-09-2020). Utrecht; 2020. Laatste update 01-09-2020. Geraadpleegd op 10 november via [www.knmt.nl](http://www.knmt.nl)

15. Davis MF, Iverson SA, Baron P, Vasse A, Silbergeld EK, Lautenbach E, Morris DO. Household transmission of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* and other staphylococci. *Lancet Infect Dis*. 2012 Sep;12(9):703-16
16. Delwel S, Binnekade TT, Perez RS, Hertogh CM, Scherder EJ, Lobbezoo F. Oral health and orofacial pain in older people with dementia: a systematic review with focus on dental hard tissues. *Clin Oral Investig*. 2017 Jan;21(1):17-32.
17. Delwel S, Scherder EJA, Perez RSGM, Hertogh CPM, Maier AB, Lobbezoo F. Oral function of older people with mild cognitive impairment or dementia. *J Oral Rehabil*. 2018 Dec;45(12):990-997.
18. Doorn N. Wilsbekwaamheid, weldoen, autonomie, identiteit, Amsterdam. Uitgeverij Boom 2009
19. Fairhall TJ, Thomson WM, Kieser JA, Broughton JR, Cullinan MP, Seymour GJ. Home or away? Differences between home- and clinic-based dental examinations for older people. *Gerodontology*. 2009 Sep;26(3):179-86.
20. Gulson AD, Holroyd JR. Guidance on the safe use of hand-held dental X-ray equipment. London: Public Health England, 2016
21. Hendriks A, Frederiks BJM, Verkerk M. Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien. *Tijdschrift voor Gezondheidsrechts*,2008: 32: 2-18.
22. Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: from admission to death. *Clin Oral Investig*. 2017 Sep;21(7):2189-2196.
23. Hoogeveen RC, Pfälzter CC, Berkhout W. Ambient dose during intra-oral radiography with current techniques: Part 2 quantifying the remnant beam - an in vivo study. *Dentomaxillofac Radiol*. 2018 Oct;47(7):20180205
24. Iorio A, Spencer FA, Falavigna M, Alba C, Lang E, Burnand B, McGinn T, Hayden J, Williams K, Shea B, Wolff R, Kujpers T, Perel P, Vandvik PO, Glasziou P, Schunemann H, Guyatt G. Use of GRADE for assessment of evidence about prognosis: rating confidence in estimates of event rates in broad categories of patiënts. *BMJ*. 2015 Mar 16;350:h870
25. Ishimaru M, Ono S, Morita K, Matsui H, Yasunaga H. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2019 Jul;19(7):679-683
26. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Praktijkwijzer Mondzorg voor ouderen. Nieuwegein: KNMT; 2020. Geraadpleegd op 6 januari 2021 via:<https://www.knmt.nl>
27. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Praktijkrichtlijn Tandheelkundige Radiologie. Nieuwegein: KNMT; 2013, update 2015. Geraadpleegd op 9 maart 2019 via [www.knmt.nl](http://www.knmt.nl)
28. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Patiëntendossier. Utrecht: KNMT; 2020. Geraadpleegd op 18 mei 2020 via [www.knmt.nl](http://www.knmt.nl)
29. Kossioni AE, Hajto-Bryk J, Janssens B, Maggi S, Marchini L, McKenna G, Müller F, Petrovic M, Roller-Wirnsberger RE, Schimmel M, van der Putten GJ, Vanobbergen J, Zarzecka J. Practical Guidelines for

- Physicians in Promoting Oral Health in Frail Older Adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 Dec;19(12):1039-1046.
30. Kunz R, Burnand B, Schunemann HJ, Grading of Recommendations AD, Evaluation Working G. The GRADE System. An international approach to standardize the graduation of evidence and recommendations in guidelines. *Internist (Berl).* 2008;49(6):673-80.
  31. Laheij AM, Kistler JO, Belibasakis GN, Välimaa H, de Soet JJ; European Oral Microbiology Workshop (EOMW) 2011. Healthcare-associated viral and bacterial infections in dentistry. *J Oral Microbiol.* 2012;4
  32. Leung MH, Lee PK. The roles of the outdoors and occupants in contributing to a potential pan-microbiome of the built environment: a review. *Microbiome.* 2016 May 24;4(1):21
  33. LHV; Landelijke Huisartsen Vereniging. Omgaan met agressie en ongewenst gedrag. Bezocht op 06-04-2020 via <https://www.lhv.nl/>
  34. MacEntee MI. Oral healthcare in old age so no one is left behind. *Gerodontology.* 2015 Dec;32(4):245-6.
  35. National Institute for Health and Care Excellence - NICE. Oral health for adults in care homes. NICE guideline. 5 July 2016. Bezocht via [www.nice.org.uk/guidance/ng48](http://www.nice.org.uk/guidance/ng48)
  36. Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd). Goede mondzorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Bunnik, oktober 2018. Bezocht via: <https://www.gerodontologie.nl/>
  37. NMT. Praktijk richtlijn. Horizontale verwijzing. Nieuwegein: NMT; 2002. Geraadpleegt op 10 maart 2020 via <https://www.ant-tandartsen.nl/>
  38. Pearson NK, Gibson BJ, Davis DM, Gelbier S, Robinson PG. The effect of a domiciliary denture service on oral health related quality of life: a randomised controlled trial. *Br Dent J.* 2007 Jul 28;203(2):E3; discussion 100-1.
  39. Roghmann MC, Lydecker AD, Hittle L, DeBoy RT, Nowak RG, Johnson JK, Mongodin EF. Comparison of the Microbiota of Older Adults Living in Nursing Homes and the Community. *mSphere.* 2017 Sep 13;2(5)
  40. Rottke D, Gohlke L, Schrödel R, Hassfeld S, Schulze D. Operator safety during the acquisition of intraoral images with a handheld and portable X-ray device. *Dentomaxillofac Radiol.* 2018 Feb;47(3)
  41. Staatscourant nr 60908. Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 31 oktober 2019, houdende nadere regels op grond van de wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. 7 nov 2019
  42. Sjögren P, Bäckman N, Sjöström O, Zimmerman M. Patiënt safety in domiciliary dental care for elderly nursing home residents in Sweden. *Community Dent Health.* 2015 Dec;32(4):216-20
  43. Verenso. Concept Handreiking Wet zorg en dwang voor specialisten ouderengeneeskunde & artsen voor verstandelijk gehandicapten in intramurale setting. 2019
  44. Verheul- van der Voorden K, Willems HC, Kluter WJ, Maarel-Wierink CD van der. Autonomie in het mondzorgplan van de zorgafhankelijke cognitief beperkte oudere patiënt. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019. 126: 207-212.

45. Volgenant CMC, de Soet JJ. Cross-transmission in the Dental Office: Does This Make You Ill? *Curr Oral Health Rep.* 2018;5(4):221-228
46. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WWR). *Onzekere veiligheid*. Den Haag: Amsterdam Press University 2008. Geraadpleegt op 18 april 2020 via <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2008/10/01/onzekere-veiligheid>
47. Werkgroep Infectie Preventie (WIP). *Richtlijn Bewaren en transporteren van gebruikt instrumentarium voor sterilisatie*. Leiden. 2007
48. Wind A, te Velde B (LHV, V&VN, InEen, NHG, KNGF, KNMP, Laego, Patiëntenfederatie Nederland, ZN, VWS, Sociaal Werk Nederland, de VNG en Actiz). *Kwetsbare ouderen thuis handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk*. Bezocht op 06-07-2020 via <https://www.beteroud.nl/>
49. Wu B, Plassman BL, Liang J, Wei L. Cognitive function and dental care utilization among community-dwelling older adults. *Am J Public Health.* 2007 Dec;97(12):2216-21
50. *Zorgvoorbeter*. Kennisplein voor verpleging, verzorging, zorg thuis en eerste lijn. Trainingen omgaan met probleemgedrag. Bezocht op 06-04-2020 via <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorg-en-dwang>
51. Zemouri, C.M.C. Volgenant, M.J. Buijs, W. Crielaard, N.A.M. Rosema, B.W. Brandt, A.M.G.A. Laheij & J.J. De Soet (2020) Dental aerosols: microbial composition and spatial distribution, *Journal of Oral Microbiology*, 12:1